

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 227

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Abraham VOLSTEIN

Né le 20 Mars 1904, à BRICENI (Roumanie)

Contribution à l'étude des Syndromes
hallucinatoires,
séquelles d'encéphalites

Travail de l'Hôpital Henri REUSSELLE

Président : Monsieur Henri CLAUDE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1932

**Contribution à l'étude des Syndromes hallucinatoires,
Séquelles d'encéphalites**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Abraham VOLSTEIN

Né le 20 Mars 1904, à BRICENI (Roumanie)

Contribution à l'étude des Syndromes
hallucinatoires,
séquelles d'encéphalites

Travail de l'Hôpital Henri ROUSSELLE

Président : Monsieur Henri CLAUDE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1932

Doyen

BALTHAZARD.

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
GREGOIRE.
BINET.
STROHL.
DESGREZ.
LEMIERRE.
BRUMPT.
BAUDOIN.
CLERC.
LENORMANT,
ROUSSY.
CHAMPY
TIFFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-

LAVASTINE

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie et thérapeutique et climatologie

FIESSINGER.
Maur. VILLARET.

Clinique médicale

CARNOT.
BEZANÇON.

Hygiène et clinique de la première enfance

ACHARD.
Marcel LABBE.
LEREBOULLET.

Clinique des maladies des enfants

NOBECOURT.

Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..

H. CLAUDE.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

GOUGEROT.

Clinique des maladies du système nerveux

GUILLAIN.

Clinique des maladies infectieuses

TEISSIER.

Clinique chirurgicale

DEL BET.
CUNEO.

Clinique ophtalmologique

LEJARS.

Clinique urologique

GOSSET.
TERRIEN.

Clinique d'accouchements

LEGUEU.

Clinique gynécologique

COUVELAIRE.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

BRINDEAU.

Clinique thérapeutique médicale

JEANNIN.

Clinique oto-rhino-laryngologique

J.-L. FAURE.

Clinique thérapeutique chirurgicale

OMBREDANNE.

Clinique propédeutique

RATHERY.

Clinique de la Tuberculose

LEMAITRE.

Professeur sans chaire

Pierre DUVAL.

Léon BERNARD.

SERGENT.

MAUCLAIRE.

MULON.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychia-
trie.
AUBERTIN .. Pathologie médicale.
BENARD Henri Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULE Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-
BERT. Physiologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT .. Pathologie médicale.



MM.
ECALLE Obstétrique.
FEY Urologie.
GASTINEL .. Bactériologie.
GATELLIER .. Pathologie chirurgicale.
De GAUDART
d'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
GIROUD Histologie.
HARVIER .. Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.
HOVELACQUE .. Anatomie.
HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
HUTINEL Pathologie médicale.
JOANNON Chimie biologique.
LABBE Henri . Hygiène.
LAROCHE Guy Pathologie médicale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
LIAN Pathologie médicale.
MILLOT Histologie.

MM.
MONDOR Pathologie chirurgicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
OBERLING .. Anatomie pathologique.
OLIVIER Anatomie.
PIEDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUENU Pathologie chirurgicale.
RICHEL, Fils .. Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SEZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
VALLERY-RADOT Pathologie médicale.
 (Pasteur) .
VAUDESCAL .. Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VERNE Histologie.
VIGNES Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
GUENIOT Obstétrique.
LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologique.

MM.
NEVEU-
LEMAIRE Parasitologie.
RETTIERER .. Histologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
ABRAMI Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DEBRE Clinique médicale.
DUVOIR Clinique chirurgicale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ... Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.

MM.
MATHIEU Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
PROUST Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL . Clinique chirurgicale.
LE LORIER .. Clinique obstétricale.
METZGER

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE
*Professeur de la Clinique de Psychiatrie
de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine*

Qui nous a fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. COURTOIS

Médecin des Asiles

Médecin assistant à l'Hôpital Henri Rousselle

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a guidé par ses
précieux conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. TOULOUSE
*Médecin Directeur du Centre de Prophylaxie mentale
de la Seine
Hôpital Henri Rousselle*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. MARCHAND
*Médecin Chef de l'Asile Sainte-Anne
Chef du Laboratoire d'Anatomie Pathologique
de l'Hôpital Henri Rousselle*

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

A MES MAÎTRES DE L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde gratitude et de mon affection.

A MON FRÈRE

A MA GRANDE AMIE

XENIA ALEXANDROVNA

A MES ONCLES

A MES TANTES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

Contribution à l'étude des Syndromes hallucinatoires, Séquelles d'encéphalites

Introduction

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital psychiatrique Henri ROUSSELLE, des malades présentant un syndrome hallucinatoire et chez qui l'étude des antécédents ou l'examen neurologique, révélaient l'existence d'une atteinte inflammatoire antérieure du névraxe. Nous avons d'abord pensé à rapporter des observations concernant un seul groupe d'encéphalites, l'encéphalite épidémique par exemple; mais à l'examen, il nous a paru plus intéressant de grouper des observations concernant des encéphalites de natures différentes pour chercher non pas à isoler, sans doute, un peu arbitrairement, malgré les différences apparentes, des syndromes particuliers, mais au contraire à rapprocher ces cas les uns des autres, et essayer de mettre en évidence les éléments fondamentaux qui permettent une interprétation valable pour tous.

C'est ainsi que nous rapportons dans ce travail des observations de syndromes hallucinatoires consécutifs : à l'encéphalite épidémique au cours de la période parkinsonienne; à des encéphalites psychosiques dont l'accès délirant aigu initial eut lieu au service d'observation de l'hôpital Henri ROUSSELLE.

Nous y joignons également des observations de syndromes hallucinatoires survenus chez des malades atteints de méningo-encéphalite syphilitique, mais où le processus actif paraît spontanément arrêté ou n'évolue plus qu'avec une grande lenteur.

Toutes nos observations ont été recueillies à l'hôpital Henri ROUSSELLE; plusieurs ont été présentées devant des Sociétés psychiatriques.

Notre but n'est pas de faire entrer ces divers faits dans un des cadres nosologiques existants, leurs limites sont trop vagues, leurs divisions basées surtout sur l'apparence clinique ne peuvent avoir de réalité stable et notre intention sera de chercher dans chaque groupe d'observations, les éléments capitaux communs qui rapprochent entre eux tous ces cas.

Si nous avons approché le but que nous nous proposons, d'apporter par l'étude de syndromes hallucinatoires, survenus au cours d'atteintes inflammatoires connues du cerveau, une modeste contribution à l'étude d'une « biopsychiatrie » selon le terme du docteur TOULOUSE, nous serons grandement récompensé de notre effort.

Historique

I. — Encéphalite épidémique

L'histoire des séquelles hallucinatoires de l'encéphalite épidémique est encore récente. Au cours de l'épidémie de 1915 à 1920 de nombreuses publications avaient trait aux syndromes mentaux de la période aiguë. Nous ne pouvons les citer ici. Rappelons seulement l'opinion de M. NAVILLE qui, en 1921, tout en insistant sur la lenteur de la pensée, l'apathie psychique et psychomotrice, qui sont si caractéristiques des états mentaux post-encéphalitiques, et qu'il propose de nommer « bradyphrénie » conclut que « malgré la fréquence du délire initial, l'encéphalite ne laisse que très rarement après elle comme séquelle prolongée des psychoses vraies. »

En 1922, au Congrès des Aliénistes et Neurologistes tenu à Quimper, MM. TRUELLE et G. PETIT signalent dans leur rapport les syndromes hallucinatoires. Ceux-ci paraissent encore devoir être rapportés à la pério-

de aiguë, ou bien seraient survenus peu de temps après le début de la maladie. Les rapporteurs rangent ces faits parmi les hallucinations, survenant au cours des toxi-infections, et insistent sur l'instabilité dans la croyance qu'on les malades de la réalité de leur délire onirique.

Il semble donc bien qu'il se soit agi, dans la plupart de ces cas, de syndromes hallucinatoires observés près de la période aiguë de la maladie, de confusion hallucinatoire, le plus souvent curables.

Ce serait également le cas d'autres syndromes mentaux, tel par exemple celui de démence précoce observée par WIDAL, MAY et CHEVALLEY (1) et qui se termina par une guérison, du moins jusqu'au moment où ces auteurs ont présenté l'observation de leur malade.

Il nous faut arriver jusqu'en 1927 pour trouver des faits se rapportant au sujet qui nous intéresse. Il semble qu'il ait fallu à l'installation du syndrome hallucinatoire, une assez longue période muette, de plusieurs années, temps nécessaire pour l'extension de lésions cérébrales inflammatoires où l'apparition d'une sclérose plus ou moins diffuse des zones intellectuelles.

C'est donc vraisemblablement parce qu'il manquait le recul nécessaire, nous le verrons plus loin, à l'ap-

(1) Encéphalite léthargique, avec syndrome mental simulant la démence précoce. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 25 juin 1920.

parition de psychoses hallucinatoires organisées que ces syndromes n'ont pu être observés dans les toutes premières années qui suivirent l'épidémie initiale.

C'est donc en 1927 que H. STECK (*Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, vol. XXI, fasc. 2), le premier, décrit le syndrome hallucinatoire au cours de la période chronique de l'encéphalite. En faisant la description de ces syndromes, il souligne des particularités caractéristiques comme l'absence fréquente de conviction délirante, l'affectivité particulière « collante, visqueuse », l'impulsivité, tous détails sur lesquels nous nous arrêterons plus longuement au cours de notre travail. Il insiste surtout sur le fait que ce syndrome diffère nettement de la schizophrénie.

C'est en 1928, que pour la première fois en France, semble-t-il, MM. P. SCHIFF et A. COURTOIS ont rapporté à quelques semaines d'intervalle, les observations de deux malades, présentant les mêmes symptômes hallucinatoires comme séquelle de l'encéphalite léthargique. Ils insistent sur le caractère archaïque et fantastique du délire.

En 1929, BARUK et MEIGNANT reprennent la question et présentent deux nouveaux cas. Au cours de la même année, le Professeur H. CLAUDE, TINEL et Mme MICHON observent un cas analogue et publient dans *l'Encéphale*, une étude très détaillée de la question. Puis, toujours en 1929, c'est encore A. COURTOIS qui présente, avec TRELLES, le 15 avril, à la Société Cli-

nique de Médecine Mentale, un nouveau cas de psychose hallucinatoire de nature encéphalitique. Ces cas restent encore relativement rares; toutefois, dans l'année suivante, 1930, A. COURTOIS et LACAN publient encore un cas de même nature.

En janvier 1931, H. STECK consacre à nouveau un travail important à cette question et détaille 5 nouvelles observations.

MM. R. DUPOUY et H. PICHARD, en mai 1931, publient une observation, qui a ceci de particulier, que le délire hallucinatoire s'installe à la phase aiguë de la maladie, disparaît 5 mois après, et complètement pendant 5 ans, puis reparaît ensuite chaque année, parallèlement à une reprise des signes neurologiques. Cette constatation montre bien, et les auteurs y insistent, que les troubles neurologiques et le syndrome hallucinatoire sont dus à la même affection cérébrale, encéphalite épidémique.

C'est donc une vingtaine d'observations seulement de syndromes hallucinatoires au cours de l'encéphalite chronique que nous avons trouvé relatées dans la littérature que nous avons pu consulter.

II. — Encéphalite psychosique

Les syndromes hallucinatoires consécutifs à des encéphalites psychosiques ne peuvent être déjà fréquents dans la littérature puisque ce nouveau grou-

pement de faits rapportés par MM. TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS, et désigné sous le nom d' « encéphalites psychosiques » est lui-même tout récent.

Mais de même que le délire aigu est connu de toute antiquité, et décrit déjà par Hippocrate, de même les syndromes hallucinatoires qui font suite à des confusions mentales ont retenu déjà l'attention des auteurs. M. SEGLAS observe une ébauche de systématisation d'un délire, après un accès confusionnel. M. ANGLADE (Congrès de Marseille) insiste sur le fait que les délires systématisés consécutifs à des maladies infectieuses y aboutissent d'habitude par l'intermédiaire d'un épisode confusionnel.

Les faits que RÉGIS désignait sous le nom « idées fixes post-oniriques » doivent se rapprocher aussi des faits que nous rapportons.

Les séquelles du délire aigu sont-elles, aussi, connues. Si les traités y insistent peu, d'habitude, c'est que presque tous les malades meurent; cependant les auteurs signalent la guérison comme possible. « Elle n'est que relative, écrit ANGLADE (Traité de Pathologie Mentale de G. BALLET), la convalescence est longue et pénible, l'intelligence reste plus ou moins affaiblie. » Mêmes observations de RÉGIS (Précis de Psychiatrie, V^e édition, p. 363). CARRIER (Congrès de Limoges, 1901, p. 268) rapporte un cas où le délire aigu marque « le début d'une vésanie s'accompagnant rapidement d'affaiblissement intellectuel.

Quoi qu'il en soit, il nous paraît intéressant de reprendre ces faits, en les appuyant sur la notion nouvelle d'encéphalites inflammatoires à la base de beaucoup de syndromes délirants aigus (MARCHAND). C'est dans ce but que nous avons tenu à les rapprocher des syndromes analogues, observés après des encéphalites d'autres origines.

III. — Méningo encéphalite syphilitique

Nous n'apporterons pas ici une bibliographie de la question des syndromes hallucinatoires survenus chez des malades porteurs d'une méningo-encéphalite spécifique, diagnostiquée par l'examen neurologique ou par celui de liquide céphalo-rachidien.

Les cas de délires hallucinatoires au cours de la P. G. sont bien connus. Aussi MAGNAN (1) en cite déjà un exemple détaillé chez un P. G. au cours d'une rémission spontanée et classe ce fait parmi les délires systématisés secondaires.

Nous renvoyons pour une bibliographie complète à l'excellente thèse de Mlle S. SERIN, inspirée par M. SÉRIEUX, et qui montre la relative fréquence des délires hallucinatoires plus ou moins systématisés chez des P. G. Depuis MM. HEIYER et SIZARET (2), puis avec

(1) Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1893.

(2) Automatismes mental et syphilis. Encéphale, 1926, p. 132.

LE GUILLANT (3) rapportent des observations où le syndrome hallucinatoire survient chez des malades atteints de syphilis nerveuse.

D'autre part, les thérapeutiques nouvelles de la P. G. ont augmenté d'une façon importante le nombre des formes « psychiques » ainsi que les appellent MM. VERMEYLEN et VERVAECK, et parmi lesquelles les syndromes hallucinatoires sont loin d'être rares.

Mais nous ne pouvons pas insister sur ces faits, et il nous paraît préférable de renvoyer à l'important ouvrage de MM. LEROY et MEDAKOWITCH qui fournit une imposante documentation.

(3) Automatisme mental et syphilis. *Encéphale*, 1929, p. 207.
(4) P. G. et malariathérapie. Masson, 1931.

I. — Encéphalites épidémiques

OBSERVATION I

C... Angèle, âgée de 21 ans, entrée le 16 octobre 1931 au service d'observation à l'hôpital Henri Rousselle.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 39 ans de tuberculose pulmonaire. Mère bien portante. Aurait eu plusieurs crises de coliques hépathiques. Deux frères et une sœur bien portants.

Elle fut normale jusqu'à l'âge de 10 ans. D'après les renseignements, elle a présenté à ce moment un épisode infectieux avec narcolepsie, ayant duré plus de 3 semaines (23 jours), accompagné de paralysie partielle des membres du côté gauche. Le Docteur Nageotte consulté à la Salpêtrière, parla alors d'une « encéphalite léthargique ».

Après la disparition des phénomènes aigus, de profondes modifications se précisèrent dans l'état de la jeune malade. Elle dit elle-même que depuis « sa méningite » on la prend pour une folle. En effet, en plus d'un arrêt du développement intellectuel, elle présenta des troubles du caractère, du comportement et une irritabilité pathologique, des impulsions violentes qui mo-

tivèrent 4 ans plus tard son placement à la fondation Vallée. Elle y resta 5 mois, puis fut retirée par sa famille. Depuis lors, elle est difficilement utilisable, instable, ne restant pas dans ses places, irritable et coléreuse. Cependant, elle ne présenta pas jusqu'à ces derniers mois des phénomènes hallucinatoires sur lesquels nous allons maintenant insister.

D'après les renseignements de la mère, c'est, il y a 3 mois environ, que les premières hallucinations avec interprétations délirantes et idées de persécution sont apparues.

On la suivait dans la rue, on la regardait « d'une drôle de façon », puis ce furent des insultes grossières « fumier, putain, salope, vache » ; elle avait aussi l'impression que l'on connaissait sa pensée. Cela venait d'une voisine, Mme B..., dont elle reconnaît avec précision la voix ; cette personne disposait d'un appareil électrique pour lui parler à distance, elle entendait d'autres voix, une voix d'homme qui, tantôt l'insultait, tantôt lui tenait des propos plus agréables, lui parlant même de mariage. Elle reconnaissait aussi la voix de ce Monsieur aimable, qu'elle a connu et qui est comptable.

Grâce au même appareil émetteur, on lui envoie des odeurs, on lui fait sentir en l'exagérant, l'odeur de ses règles. Elle ressent aussi des sensations électriques, spécialement dans la sphère génitale ; c'est alors son prétendant qui les lui envoie, et elle trouve cela assez agréable.

Elle ne paraît pas présenter d'hallucinations gustatives. Il semble y avoir eu à certains moments des hallucinations visuelles, mais il est difficile de le préciser : elle parle de prêtre, se demande si elle n'est pas dans

une église. De plus, elle présente de fausses reconnaissances. Elle a reconnu dans le service, parmi les malades, sa mère, ses frères, sa sœur et même une tante; ils n'ont pas leur visage habituel, mais c'est « qu'on a tellement d'appareils maintenant ». Elle a la certitude que c'est eux, parce que les voix le lui disent et qu'elle reconnaît dans les gémissements des malades, les cris de ses parents.

Elle présente, en outre, un état anxieux avec impulsions subites. Tout à coup, même au cours de l'interrogatoire, elle s'interrompt, devient agressive, va jusqu'à frapper le médecin. « Qu'on lui fasse du mal, qu'on la tue tout de suite », elle sait bien ce qui l'attend, « on veut la brûler, la guillotiner, la conduire à l'échafaud, la couper en morceaux; qu'on le fasse tout de suite, qu'on abrège ses souffrances ». « Elle a fait assez de mal comme cela, elle comprend tout ce qui se passe autour d'elle, mais elle n'est pas folle ».

Dans le service, on la trouve habituellement couchée dans son lit, opposante à toute investigation, elle est inactive, ne cherche pas à s'occuper utilement. Elle interprète les faits du service, les gestes, les attitudes, les regards des infirmières. Parfois, elle se lève subitement et va frapper une voisine de lit qu'elle accuse de vouloir la mort de sa mère et de son frère, d'autres fois, sans motif apparent, elle frappe une infirmière. De la même façon impulsive, elle annonce qu'elle va tout briser et en effet, elle casse des carreaux; il faut la maintenir dans son lit. Souvent elle pleure et se lamente sur le sort de sa famille.

L'alimentation est difficile parfois, il ne semble pourtant pas y avoir des craintes d'empoisonnement.

L'étude du fond mental difficile à pratiquer d'une façon systématique, en raison des réactions subites de la malade, montre cependant un arrêt du développement intellectuel. La malade n'a plus fait de progrès à l'école après l'atteinte d'encéphalite épidémique; elle n'a pu obtenir le certificat d'étude.

L'orientation dans le temps et l'espace est satisfaisante. Les opérations simples : multiplications et soustractions sont effectuées sans erreur; la lecture est facile; la malade écrit avec de nombreuses fautes d'orthographe.

Les connaissances géographiques élémentaires sont des plus réduites : la malade a entendu parler de l'Amérique, mais ne connaît pas New-York; elle ignore quelle est la capitale de l'Angleterre, et même celle de la France, croyant que c'est la ville de Rouen (?).

L'examen de psychologie expérimentale a donné les résultats suivants (textes Binet et Simon, modifié. Terman) : Age mental, 9 ans et 4 mois. Quotient intellectuel : 58 (Labor. de M. Lahy).

Examens biologiques : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn, négatifs dans le sang. Azotémie : 0,37.

Liquide céphalo-rachidien : Tension, 40. Albumine, 0,20. Pandy, 0. Weichbrodt, 0. Leucocytose très légère, 2,4. Benjoin, 00000 11100 00000. Bordet-Wassermann et Menické, négatifs.

L'examen systématique montre un facies figé, avec rareté du clignement des paupières. Si la malade ébauche un sourire, elle contracte davantage la moitié droite du visage, et la bouche se trouve déviée à droite. On note également des fibrillations assez fréquentes au niveau de la paupière inférieure gauche. Il n'y a pas d'hyper-

tonie notable aux membres supérieurs et inférieurs, pas de tremblement des doigts, ni de la langue. La force musculaire est satisfaisante, elle ne paraît pas diminuée à gauche où l'on aurait noté une certaine héli-parésie au cours de la période aiguë de la maladie.

Réflexes tendineux. — Achilléens, médio-plantaires aux membres inférieurs, tricipital et stylo-radial aux bras, très vifs et égaux des deux côtés. Il existe quelques secousses de clonus aux deux pieds.

Réflexes cutanés plantaires en flexion, abdominaux très vifs. Exagération du réflexe naso-palpébral qui est inépuisable. Réflexe labial normal. Palmo-mentonnier, vif à droite où l'on peut facilement le provoquer à plusieurs reprises, aboli à gauche (parésie faciale).

Pas de troubles sensitifs appréciables. Les pupilles sont inégales (gauche +), légèrement irrégulières, et ne réagissent ni à l'accommodation, ni à la lumière (rigidité complète). Acuité visuelle, 10/10 des deux côtés. Fond d'œil normal. Convergence très déficiente. Nystagmus dans toutes les positions du regard, surtout prononcée dans la position latérale droite (Docteur LAGARDE).

Audition normale (Docteur LABARRAQUE).

Pas de troubles vaso-moteurs, ni trophiques.

La malade est bien réglée, elle pèse 51 kilogs.

La malade est placée à l'asile le 29 octobre 1931 avec le certificat suivant : « Est atteinte d'encéphalite épidémique chronique avec syndrome hallucinatoire. Episode aigu à 10 ans, arrêt du développement intellectuel, troubles du caractère et du comportement (premier internement à la fondation Vallée). Depuis plusieurs mois, syndrome hallucinatoire, auditif, visuel, passager, olfactive, cénesthésique, sensations génitales agréables. Idées de

persécution, deux voix surtout sont en conversation avec elle, une femme qui est pénible et l'accuse, une voix d'homme qui, d'habitude, est agréable et lui promet le mariage. Impulsions violentes, défenses subites contre les voix. Violences contre le personnel, contre les malades, parmi lesquelles elle dit reconnaître des membres de sa famille, malgré leur visage transformé. Bris de carreaux. Blessure de la main droite. Facies figé. Hémiparésie faciale gauche. Hyperréflexivité tendineuse. Rigidité complète des pupilles, à la lumière et à la distance. Inégalité. Convergence nulle (Docteur A. COURTOIS).

OBSERVATION II

D... Anne, âgée de 27 ans, est entrée le 12 juin 1930 au service d'observation de l'hôpital Henri Rousselle.

Antécédents héréditaires : père nerveux, léger excès alcoolique, mort à 63 ans d'une pneumonie. Mère bien portante, « coléreuse ». Sœurs bien portantes. Mari âgé de 30 ans, bien portant.

Antécédents personnels : rougeole infantile, sans complication. Régée vers la quinzième année. En 1918, alors qu'elle avait 16 ans, a eu la grippe dénommée « Kopf-grippe », « Schlaffgrippe » (certificats médicaux), caractérisée par un sommeil presque ininterrompu de neuf jours. Troubles de la vue, qu'elle explique fort mal. Somnolence persistante : elle s'endormait toujours pendant son travail, tombait sur ses machines « comme morte ». Très grande lenteur à tout faire. S'est mariée à l'âge

de 19 ans, a eu 4 enfants bien portants (une grossesse gemmellaire, une fausse couche accidentelle).

D'après les renseignements de son mari, le début des troubles mentaux remonte au mois de juillet 1928. A partir de ce moment, elle se croyait poursuivie, tout le monde lui en voulait. Son mari dit « qu'elle faisait des rêves à moitié endormie ». Elle avait des idées de suicide. Un jour, elle a été trouvée seule sur le Rhin, dans une barque à 5 heures du matin. Elle fut alors internée à Mareville (avril 1929). D'après les certificats, elle aurait présenté au moment de son internement des idées d'influence et de persécution, avec interprétation, des regards et des paroles des gens de la rue. Conviction que son vrai mari a disparu et a été remplacé par un sosie. Agitation anxieuse.

Le 12 juin 1930, la malade entre à l'hôpital Henri Rousselle, où l'on constate des hallucinations multiples : auditives, visuelles, olfactives et cénesthésiques, avec interprétations délirantes et vagues idées de persécution, elle entend des voix « de l'autre côté du mur, ils me traitent de salope, putain, sale bête, pire que cela, parce que je m'étais mariée avec un Français » (elle est rhénane). Voix allemandes le plus souvent. Entend des coups de revolver qu'on lui tire dans le dos. On la déteste, on veut la faire disparaître.

Hallucinations visuelles : « Voyait des morceaux de viande qui pourrissaient », disait voir « la fin du monde ».

Hallucinations olfactives : « On lui envoie des odeurs de pourriture qui grattent à la gorge ».

Hallucinations cénesthésiques : « Dans le lit on lui fait des fils électriques dans le corps, on l'électrocute ».

Hallucinations génitales : « On lui fait de vilaines caresses ».

Elle ne paraît pas présenter des hallucinations gustatives.

Dans le service, elle reste alitée, presque toujours hallucinée. Par moments, elle présente de brusques impulsions, devient agressive (elle a frappé plusieurs fois les infirmières).

Fond mental, difficile à étudier à cause des hallucinations presque continues et de l'opposition de la malade. Elle est bien orientée dans le temps et l'espace.

L'examen systématique montre : des symptômes de parkinsonisme, facies figé, attitude raide, soudée. Hémiparésie faciale droite : fente palpébrale, plus petite à droite, pli naso-génien effacé. Abolition des mouvements automatiques, de balancement du bras droit pendant la marche. Hypertonie plus marquée à droite, cependant existant aussi à gauche. Tremblement des doigts, peu de tremblement lingual.

Réflexes tendineux : rotuliens, achilléens très vifs, médio-plantaires existants. Tricipital et stylo-radial : vifs et égaux des deux côtés. Pas de troubles sensitifs, vaso-moteurs ou trophiques.

Limitation de la convergence des globes oculaires. Pas de signes pupillaires.

Examen électrique (6 juin 1930) : on trouve une diminution des chronaxies, jusqu'à la moitié de leurs valeurs normales dans les extenseurs des doigts des deux côtés et dans les fléchisseurs du côté droit. Chronaxie des extenseurs : 0"00024 (au lieu de 0"00044). Chronaxie des fléchisseurs à droite, 0"00008 (au lieu de 0"00016) qui est la limite inférieure de la valeur normale. Ces modifications de chronaxies se rencontrent dans les muscles hypertoniques des parkinsoniens (Mlle NÉOUSIKIN).

Examens biologiques : B.-W., Meniké et Kahn négatifs dans le sang. Azotémie, 0,20.

Liquide céphalo-rachidien : tension, 35. Albumine, 0,22. Pandy, 0. Weichbrodt, 0. Leucocytes, 0. Benjoin, 00000 00110 00000. B.-W., Meinicke, négatifs.

La malade est placée le 25 juin 1930 avec le certificat suivant : « Atteinte de délire hallucinatoire à forme paranoïde, consécutif à une encéphalite épidémique, survenue en 1918 et révélée par un syndrome parkinsonien actuellement encore léger. Hallucinations auditives, insultes (voix allemandes le plus souvent), mauvaises odeurs, sensations génitales, courants électriques « dans le corps ». Thème religieux et érotique d'un délire mal systématisé. Périodes d'excitation, avec réactions violentes. Hémiparkinsonisme de la face et des membres à droite » (Docteur A. COURTOIS).

Après le placement à l'asile, cette malade a été transférée dans le service du Professeur H. CLAUDE. Elle a fait ultérieurement l'objet d'une présentation à la Société Médico-Psychologique (12 nov. 1931), par MM. EY et LACAN, sous le titre suivant : « Parkinsonisme et syndromes démentiels ». Ces auteurs ont pu l'examiner à loisir pendant des périodes de calme. Voici empruntées à leur observation quelques phrases indiquant le degré de l'incohérence de la malade.

« Il me semble que c'est M. Lupin qui se moque un peu de nous. J'étais dans une clinique de vieillesse. C'est Mayence ou Mayenne, les pays se ressemblent tellement. Il y a plusieurs Anne Hergen dans tous les pays... J'ai perdu mes parents depuis 4 siècles. J'étais brune le siècle avant celui-ci, mais ensuite j'ai des poils blonds. Je suis tombée l'Apen ; j'avais un peignoir mauve ; la deuxième fois, je suis tombée ici... C'est toujours cette

malheureuse dent que l'on m'a arrachée. On l'arrache, puis on me donne des tickets. Seulement moi j'allais à l'école et je ne faisais pas attention... Dans ma main, il y a encore écrit Pilaz en Africain, c'est comme Anicho... Je les vois par les intérieurs... »

Son état ne s'était nullement modifié jusqu'en 1931, date à laquelle elle fut transférée.

OBSERVATION III (1)

(Résumée)

R... Paul, 24 ans, a fait, en 1920, un épisode infectieux net « grippe assez sérieuse avec phénomènes d'encéphalite léthargique », d'après les certificats médicaux. Il présenta, après une période de guérison apparente, des troubles de caractère et des perversions diverses. Le 14 février 1928, quelques jours après sa sortie de l'Asile de Rouffack, où il avait été interné, pour ses troubles de la conduite (fugues, vols, exhibitionisme, homosexualité, incendie); on l'amène à l'hôpital Henri Rousselle, où l'on constate le syndrome suivant :

Hallucinations auditives, qui ont débuté brusquement dans la nuit du 7 au 8 février, vers 2 heures du matin. Il a entendu parfaitement distinctes les voix des Docteurs BRISSOT et ADAM, de Rouffack. M. ADAM affirmait qu'il était bien portant, non dément et bien guéri. D'autres voix, au contraire, répétaient « il est fou, il est fou, il est fou » ; ou bien trois fois également « il est mort,

(1) Obs. présentée par P. Schiff et A. Courtois. *Soc. de Psychiatrie*, 26 avril 1928.

il est mort, il est mort », dans le but, paraît-il, de lui faire fermer la bouche.

Pendant tout le voyage, il entend ces mêmes voix, auxquelles se mêle le patois alsacien des infirmiers « er ist verrückt, ja ». Ces voix étaient toutes très distinctes, et il aurait pu mettre son nom sur chacune. Du côté de Chaumont, elles sont particulièrement nettes, d'où il déduit que le centre d'émission se trouve au sommet de la cathédrale de Reims. On parle toujours de son état ; certaines voix le tiennent pour malade, d'autres, complètement guéri.

Hallucinations visuelles : dans sa chambre le soir, il voit des lumières, des poignards, les signes de la franc-maçonnerie, les têtes de personnages inconnus.

Hallucinations olfactives : des odeurs d'éther, semblables aux parfums des Temples de Bouddha.

Hallucinations cénesthésiques : demande à ce qu'on retire son lit hors du champ électro-magnétique.

Dans le service, ce sont les hallucinations auditives qui dominant; elles sont presque constantes. Tous les matins, à la visite, il annonce de nouveaux états civils. Au début, la transmission de pensée lui faisait croire qu'il était l'Ante-Christ ou le fils de l'Ante-Christ lui disait d'annoncer la fin du monde pour le milieu d'avril. D'autres fois, qu'il est le fils du roi des Belges; le lendemain on lui laisse entendre qu'il est le fils de Napoléon II ou bien du Docteur Roubinovitch qui, lui-même, n'est autre que M. Curie, le grand maître de la franc-maçonnerie.

M. R... a une fille, qui est sa sœur et avec laquelle il va se marier, la transmission de pensée a fixé la date du mariage. Quelques heures après, sa fiancée est Mlle

Gub..., fille du roi des Belges. On lui annonce encore qu'il est J.-J. Rousseau, parce que, sans appartenir à aucune religion, il est croyant, ou bien Voltaire, dont il a, dit-il, le rire sardonique.

Les voix lui prédisent un avenir brillant, il va devenir empereur du Sahara, fertilisé par un débordement de l'Atlantique, qui se déversera dans la Tripolitaine, le désert et jusque dans la vallée du Nil. Ensuite, le Sahara pourra être peuplé, grâce aux rayons ultra-violets, alors il épousera Antinéa. Et la transmission de pensée continue à l'instruire des civilisations anciennes : les Malais, les Nègres et les Incas. Il est destiné à devenir le Christ des Israélites et fera l'union des catholiques et des musulmans. Il est le Bouddha vivant, qui est la mère de l'humanité.

La conviction délirante paraît le plus souvent faible. Durant ses discours, le malade s'anime et semble les enrichir au fur et à mesure qu'il parle, d'allégations délirantes extemporanées : il est prescient, il sait que l'homme est né de la conjonction du phoque et du singe, c'est-à-dire de deux éléments primitifs, l'eau et l'arbre. Lui demande-t-on s'il se croit véritablement le fils du roi des Belges, « c'est la transmission de pensée qui veut me faire croire cela, mais je ne suis qu'un pauvre diable, le fils de Meur R. qui a eu l'encéphalite « antiléthargique », car cette maladie du sommeil pour moi ce fut la maladie de l'éveil ».

Pendant la période aiguë, quinze nuits de suite, il n'avait pu s'endormir. La transmission de pensée lui est envoyée par la T. S. F. du haut de la Tour Eiffel. C'est le grand maître de la franc-maçonnerie qui le commande pour le rendre meilleur, car il est la réunion du bien et

du mal; son corps est sain, son cerveau malade. Le grand maître lui transmet les pensées de la science par le radium, les radiations ultra-violettes et les ondes hertziennes, il le soutient contre le mal, le défend contre ses perversions sexuelles. Il le considère comme son fils et lui promet une riche succession. Il sait qu'il est franc-maçon à cause du triangle de son corps (triangle formé explique-t-il par ses deux mamelons et un *nœvus paraxyphoïdien* dont il est porteur). C'est directement dans le cerveau qu'arrivent les ondes hertziennes, il se forme « comme des chocs d'onde d'où naît l'illusion et la relativité ». Ces ondes l'ont rendu « enceint »; c'est comme s'il allait avoir un enfant.

Le 26 avril 1928, les hallucinations sont nettement moins intenses et moins fréquentes. Il entend bien encore des voix qui répètent : « il est dément, il est dément », mais c'est surtout pour l'éprouver, pour savoir d'après ses réactions s'il est véritablement guéri. Il arrive encore toutefois que les voix le réveillent la nuit, mais ce sont alors de très agréables voix de femmes qui lui annoncent la guérison prochaine. Quant aux médecins aliénistes, ils affirment aussi sa guérison, mais ils le tiennent encore pour fou.

Il est sujet à de violentes crises coléreuses sans raison apparente; il se lève tout à coup, affirme qu'il va tout briser et joint immédiatement l'acte à la parole. Parfois, il se jette sur les infirmiers, ou frappe les médecins qu'il accuse de le « tenir à la transmission de pensée »; souvent, il est, au contraire, aimable, familier et se prête volontiers aux interrogatoires et aux examens.

D'autre part, il existe un syndrome parkinsonien. Parole lente et monotone, parfois palilalique, facies figé, mimique presque nulle. Salivation. Parésie faciale gau-

che. Battements des paupières très rares. Aux membres supérieurs, hypertonie avec, à gauche, roue dentée au coude et au poignet.

Réflexes tendineux très vifs et égaux des deux côtés. Naso-palpébral exagéré. Le palmo-mentonnier donne une réponse très vive à droite, presque nulle à gauche.

Les pupilles sont : la droite déformée, l'autre ronde. Le réflexe photo-moteur est presque aboli à droite, diminué à gauche. La convergence est très déficiente. Le fond de l'œil, le champ visuel, l'acuité visuelle sont normaux. Nystagmus dans le regard, latéral gauche (Mme SCHIFF-WERTHEIMER).

Le Bordet-Wassermann et le Meinicke du sang sont négatifs.

Liquide céphalo-rachidien normal.

Placé à l'Asile Sainte-Anne le 28 mars 1928, transféré le 7 décembre 1928 à Evreux.

OBSERVATION IV (1)

(Résumée)

K... Jean, 29 ans, entré le 21 avril 1928, à l'hôpital Henri Rousselle pour « obtusion intellectuelle avec hallucinations de l'ouïe et idées de persécutions ». En 1918, il a eu une grippe grave avec température élevée, phases de somnolence accompagnées de diplopie.

« Quand je regardais, dit-il, je voyais de temps en temps deux images séparés ».

(1) Obs. présentée par P. Schiff et A. Courtois. *Soc. de Psychiatrie*, 24 mai 1928.

D'après la famille, depuis un an environ, le caractère du malade a changé. Il ne s'occupe plus guère de ses affaires, se livre à des spéculations hasardeuses. Depuis le mois de février, il se sent plus particulièrement fatigué, incapable du moindre effort, « le sang lourd », selon son expression. Durant des jours entiers, il « pensait seulement à dormir ». Tous ses gestes étaient devenus lents. Cette période d'asthénie et de ralentissement a été accompagnée d'une reprise de la diplopie, mais ne comportait pas de phénomènes délirants. C'est seulement vers la fin du mois de mars, que les premières hallucinations et idées délirantes apparaissent brusquement. A cette époque, il présente de l'écho de la pensée. « On entend ce que je pense ». A peine a-t-il une idée en tête, que des voix la répètent, ou bien, on lui vole sa pensée, ainsi il aperçoit une scène quelconque et avant qu'il ait pu avoir une pensée personnelle à son sujet, une pensée étrangère s'impose à lui, dans sa tête, qui pense à sa place, ce qu'il aurait pensé lui-même. Ou bien, au contraire, cette pensée étrangère s'élève contre ce qu'il pense et le contredit.

Parallèlement à ces hallucinations psychiques, il accuse des hallucinations auditives. Il entend des voix venir du dehors, émanant soit d'une personne inconnue, soit de voisins. Au début, il a pensé qu'il avait les oreilles bouchées, ce qui faisait qu'il entendait tout ce qu'il pensait, ensuite il a cru que quelqu'un faisait marcher le monde au moyen d'un porte-voix. Les hallucinations deviennent presque continues, avec prédominance nocturne. Pendant des heures entières, il discute à voix basse avec ses persécuteurs; un soir, il prend son fusil et veut tirer sur leur maison pour les faire taire.

Hallucinations gustatives: les aliments ont un goût de bismuth.

Hallucinations olfactives: on lui envoie des odeurs de pommes de terre pourries.

Hallucinations cénesthésiques: il ressent dans le côté des sensations qui pourraient être électriques.

Au mois d'avril, une semaine environ avant l'entrée dans le service, se développe un délire fantastique. Les voisins malveillants furent remplacés par le diable en personne. L'approche de celui-ci fut annoncé par de terribles hurlements. Le malade se jette à genoux, se met à prier, oblige sa femme à prier avec lui, et trouvant qu'elle n'y met pas assez de conviction, la force à recommencer ses prières. Il va se confesser, mais le diable revient le hanter, lui enlève tous ses désirs sexuels, le possède. Enfin, il a pu l'éloigner en soufflant très fort par la bouche. Il entend alors un hurlement de terreur, les cris s'éloignent et la voix crie, il me fait peur, c'est un démon « saint ».

Depuis son entrée dans le service, il a fait un pacte avec le démon (« restons chacun chez nous »), et le diable n'est plus revenu, mais il a été remplacé par un « hallucinateur » qui se fait passer pour le diable et emprunte plusieurs voix. Il entend « c'est un C..., c'est un type, quel homme, c'est un bon type » répété par des voix d'hommes et une voix de femme qui, d'habitude est assez flatteuse. D'autres fois, l'hallucinateur prend une voix de hibou, de phoque, de veau, d « coq halluciné » ou de chien. En même temps, cela sent une très violente odeur de chien. D'autres fois, ce sont des voix d'esprits, d'âmes perdues, de « gens d'enfer » morts sans sacrements ou celles d'anciens camarades, de parents disparus, qui lui

disent en dialecte alsacien : « Je suis ton camarade St. Auguste, je me suis suicidé, la vie me dégoûtait et j'ai appris que tu étais fou » ; une autre : « je suis F. Henry, je suis devenu fou en apprenant ta maladie, et je me suis suicidé ». Il croyait qu'on l'avait placé dans un lupanar d'hommes, que deux sorciers étaient sans cesse à côté de son lit.

A plusieurs reprises, K... a déclaré spontanément qu'il trouvait ses idées délirantes absurdes, qu'il ne pouvait y croire, mais qu'il était forcé d'y croire. Par ailleurs, le malade reste très méfiant, a des idées de persécution ; il accepte volontiers la nourriture, mais refuse catégoriquement tout médicament, de crainte que par erreur quelque mauvais produit y ait été glissé. Après avoir accepté quelques injections de salicylate de soude, il les refuse de la façon la plus formelle, « une ampoule de poison a été peut-être mélangée aux vraies ».

A l'examen physique, parkinsonisme, qui s'est précisé, d'après sa femme, depuis deux ou trois mois.

Facies inexpressif, battements des paupières rares.

Bradycinésie. Aux membres, hypertonie légère, avec prédominance à gauche. Disparition des mouvements automatiques pendant la marche.

Tremblement des doigts et de la langue. Réflexes tendineux vifs et égaux des deux côtés. Naso-palpébral, notablement exagéré. Pupilles égales, réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation. Fond d'œil normal. Limitation des mouvements du globe latéralement et en haut. Limitation de la convergence. Diplopie dans la vision de près (Mme SCHIFF-WERTHEIMER).

Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs dans le sang. Azotémie, 0,32.

Liquide céphalo-rachidien : tension 40. Albumine, 0,30.

Pandy, 0. Weichbrodt, traces. Leucocytes, 3 par mmc. Benjoin, 00000, 02210, 00000. Bordet-Wassermann, négatif.

Après la présentation à certains moments, anxiété intense, essais de fuite, violences impulsives, accuse le médecin de l'avoir enfermé dans un « bordel d'hommes » et de l'y maintenir pour être plus facilement l'amant de sa femme. Essai d'homicide sur le médecin. Placé à l'Asile le 4 juin 1928.

OBSERVATION V (1)

Mme R... O., âgée de 37 ans, présente un syndrome hallucinatoire, tantôt parfaitement conscient, tantôt faisant cortège à un délire plus ou moins riche.

Le début, il y a 11 ans, en novembre 1920, a été particulièrement pénible. C'est en ces termes qu'elle nous l'expose aujourd'hui : « Au milieu d'une nuit sans sommeil, j'ai entendu différentes voix, qui me disaient : veux-tu sauver tes parents, puis une autre plus basse : Jean ne bouge pas. J'ai d'abord cru que c'était quelqu'un dans la maison, mais comme maman, mon père, mon mari ne bougeaient pas, j'ai été forcée de voir que j'avais des hallucinations auditives qui, d'ailleurs, ne cessèrent pas ; partout où je me trouvais, j'entendais toutes sortes de choses plus ou moins idiotes. « Elle entend des voix en haut-parleur » ; on lui crie des tas de sottises. Toute la nuit, la T. S. F. marche, elle distingue les voix des différents postes de radiophonie. On lui

(1) Publiée sous le titre : « Syndrome hallucinatoire post-encéphalitique », par MM. R. Dupouy et H. Pichard (*Ann. Médico-Psychol.*, mai 1931).

parle, à elle. Insultes. Questions : « Qu'a-t-elle fait dans sa jeunesse, dans sa vie ». Conseils d'aller à l'hospice de Brousse. Ordres : d'avouer, elle ne sait quoi. Enonciation des actes. Echo de la pensée. Réponses à sa pensée. Les voix sont multiples, d'hommes et de femmes, connues et inconnues, hostiles ou amicales (propos aimables).

L'ouïe n'est pas seule en cause, car elle sent des odeurs de cadavre et éprouve des troubles dyscénesthésiques, des impressions de froid ou d'électrisation, des frissons...

Elle répond à ses voix, interminablement. En même temps, elle remarque qu'on se moque d'elle dans le métro, dans le tramway. Elle suspecte les vieillards de l'hospice de Brousse « que sa musique doit ennuyer ». Elle croit que les locataires lui en veulent et généralise même ses interprétations. Quand elle se promène, tout le monde se moque d'elle, on s'éloigne d'elle comme d'une pestiférée. Sa famille ne trouve pas grâce devant son délire. Elle se figure que son mari ne l'aime plus; elle devient jalouse. Elle se reproche aussi de n'être pas assez gentille avec ses parents, de ne pas les aimer assez.

En mars ou avril 1921, les troubles auditifs s'atténuent sans complètement disparaître. Elle part à la campagne et y reste 5 mois. A son retour à Paris, en octobre 1921, elle se trouve complètement guérie et demeure 5 ans sans aucun malaise.

Depuis 1927, les troubles réapparaissent chaque année durant un temps variable. Les hallucinations auditives reprennent ainsi périodiquement, principalement par l'oreille gauche; elle s'entend toujours appeler à ce moment-là des termes injurieux : « vache, cha-

meau... ». Le délire se reproduit pareillement lors des paroxysmes hallucinatoires et provoque chez elle de l'irritabilité progressive, de l'humeur, des impulsions méchantes à l'égard de son mari, des réactions dépressives. Découragement. Pleurs. Idées de suicide. Tentative par laudanum. Vellétés de défenestration. C'est dans ces conditions que l'un de nous la voit pour la première fois en janvier 1930.

Après un traitement approprié et une période d'isolement à la campagne, une amélioration très notable s'opère à nouveau, mais peu de temps après le retour à Paris, en octobre 1930, tout recommence; les voix reprennent sans arrêt comme un phonographe; la nuit elle ne peut dormir, elle entend comme un appareil de T. S. F. Ce sont des choses tantôt drôles, tantôt désagréables, des gros mots, des menaces, « putain, merde. Tant que tu embêteras les voisins en jouant du piano, on t'embêtera... ». Elle croit qu'on rit d'elle « comme des niais » et s'en indigne, car, ajoute-t-elle, « Je ne joue pas plus mal qu'une autre ». Elle ressent des secousses électriques à la nuque : on dirait qu'on lui tire une fibre du cerveau. Elle s'énervé, rit aux éclats ou s'encolère, s'en prend de nouveau à son mari envers qui elle affiche une jalousie morbide. Les réactions s'avèrent plus violentes, coups et menaces au mari, cris et menaces aux voisines. Le paroxysme hallucinatoire apaisé, le délire disparaît. Elle n'apostrophe plus ses voix, elle leur répond mentalement. Elle a finalement conscience d'avoir des hallucinations et comprend que ce qu'elle entend vient de son cerveau et de son état pathologique.

A l'examen neurologique : une inégalité des réflexes tendineux des membres inférieurs, plus vifs à gauche

qu'à droite, un certain degré d'hypertonie avec tremblement; un balancement moindre du bras gauche pendant la marche (en 1930, on avait constaté également une latéropulsion droite), une raideur relative de la main gauche; une légère inégalité pupillaire avec paresse de la convergence qui ne se tient pas et secousses nystagmiques dans le regard latéral, principalement à gauche.

La malade se plaint en outre de crampes des mains et des bras, de sialorrhée, d'insomnie nocturne avec parfois assoupissement diurne (?). Elle présente enfin une obésité assez marquée.

L'état initial, en 1920, apparu après une prétendue grippe qui dura 2 mois, s'accompagnait de somnolence dans l'après-midi, somnolence brusque qui exigeait de sérieux efforts de sa part pour se maintenir éveillée, d'insomnie nocturne, de toux spasmodique (sans hoquet), de douleurs aiguës à la nuque, de frémissements dans les membres (sans secousses myocloniques); de fourmillements sur le corps, de sensations de chatouillement, d'étourdissements, de vertiges, enfin de diplopie passagère; la malade voyait doubles les grilles de l'hospice.

A chaque retour du syndrome hallucinatoire, on retrouve les mêmes phénomènes : insomnie nocturne, somnolence diurne, irrésistible et l'empêchant par moments de continuer ses exercices au piano, douleurs à la nuque, fourmillements et chatouillements sur le corps, brûlures à l'oreille gauche, bourdonnements et tintements d'oreille prolongés, secousses électriques intra-cérébrales, craquements cervicaux...

Ces divers symptômes faisaient émettre le diagnostic d'encéphalite épidémique contractée en 1920, avec secondairement parkinsonisme léger et unilatéral. On était même tenté de mettre sur le compte d'un syndrome adi-

poso-génital post-encéphalitique l'obésité constatée, à laquelle se joignent une diminution des règles qui ne durent plus que deux jours au lieu de quatre et un amoindrissement du désir et de la satisfaction sexuelle. Cependant, on doit faire des réserves sur cette pathogénie, car c'est peu après son mariage, en avril 1920, qu'elle commence à grossir, quelque temps avant sa grippe suspecte, et elle compte d'autre part une hérédité maternelle similaire, sa mère ayant pesé 105 kilogs. Quoi qu'il en soit, c'est surtout en 1921 qu'elle devient obèse, passant de 57 kilogs en avril 1920, à 70 kilogs en mai et à 86 en octobre 1921.

Les auteurs tentent à rapporter le syndrome hallucinatoire et les troubles neurologiques à la même affection cérébrale, l'encéphalite épidémique. Ils insistent spécialement sur la périodicité des phénomènes sensoriels qui accompagnent, semble-t-il, des poussées évolutives de l'affection.

OBSERVATION VI (1)

(Résumée)

H... Germaine, 36 ans, sans antécédents psychopathiques, entre à l'hôpital Henri Rousselle en janvier 1930.

Le syndrome parkinsonien frappe d'abord : rigidité de la mimique et de la démarche. Hypertonie et tremblement aux quatre membres, mais avec une notable prédominance à gauche où le tremblement est continu et

(1) Obs. présentée par MM. A. Courtois et Lacon à la Soc. de Psychiatrie, le 17 novembre 1930.

d'assez grande amplitude. Exagération des réflexes tendineux, cutanés-abdominaux diminués. Signes oculaires habituels, abolition de la convergence, diminution des réflexes lumineux et accommodatifs. Quelques secousses nystagmiques dans les positions extrêmes du regard. Ces symptômes se sont développés progressivement depuis deux ans, après une période d'insomnie, grippe en 1918, sans épisode encéphalitique précis à ce moment. Le début des troubles qui a eu lieu après une nouvelle période d'insomnie avec céphalées, remonte au mois de juillet 1929. A cette époque, la malade présentait des hallucinations auditives, visuelles, génitales et cénesthésiques. Elle entend d'abord des phrases courtes et sans signification. « Je mène, je mène, je mène », « dis-moi, dis-moi » ou bien « tu vas mieux, tu vas mieux ». Reçoit ensuite des ordres, des conseils, des mots d'espoir. Des voix favorables s'intéressent à sa maladie et assurent qu'elle guérira bientôt. Elle est en conversation avec Dieu et le diable. Le jour même où on l'a conduite à l'hôpital, ces voix lui défendaient de venir, et l'on eut quelque peine à l'amener.

Hallucinations visuelles : à la fin du jour et de la nuit, elle voit des bêtes bizarres ; une fois un squelette ayant comme un rouet dans la tête (?). Elle a cru voir Dieu et le diable, elle voit l'œil de Dieu dans certaines roses du papier de sa chambre, ou bien des figures de magiciens qu'elle croyait favorables au début, mais qui, depuis, ne cessent de lui faire des misères. C'est ainsi qu'elle dit : « Ils m'ont fait de la gymnastique dans le bras ». « Un jour, il est tombé comme une rose ou comme un aimant dans sa cheminée, elle l'a vu descendre, puis rouler par terre, comme une petite boule de fer, l'a « entendu »

faire des tintements à chaque porte de la pièce, puis cela s'est mis à tourner autour de son lit, puis cela lui a fait des gonflements sur son lit, ça soulevait son lit, mais elle voyait bien que c'était du factice ».

Hallucinations génitales : on lui introduit quelque chose dans le vagin. « Ils cherchaient à me rendre vicieuse ».

Hallucinations cénesthésiques : on lui fait de l'électricité. « Je me demande si ce n'est pas un fluide, on dirait que les magiciens me passent à la radio. On lui enlève tous les nerfs avec un aimant ».

D'autre part, il y a interprétation de certains symptômes de son parkinsonisme tremblant. « On lui fait toujours un remuement sur tout le corps », dans le ventre comme dans les membres. Elle signale encore comme des gonflements « rapides et passagers ». Elle présente aussi l'écho de la pensée. « Je n'ai pas la pensée sur les lèvres, on répond déjà à ce que je pense ». « On me répond à ce que j'ai pensé sans le savoir ». Voix qui parlent tout haut, mais comme à l'intérieur d'elle-même; lui donnant tantôt des répliques méchantes, tantôt des encouragements, tantôt des ordres.

Dans le service, on constate une rétrocession nette de ces symptômes. Seules ont persisté les voix. La conviction délirante est intermittente, la malade dit bien souvent que tout cela n'est que du factice.

Examens biologiques. — Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs dans le sang. Liquide céphalo-rachidien. Albumine, 0,25. Globuline, 0. Leucocytes, 2,6. Benjoin, 00000, 01200, 00000. Bordet-Wassermann et Meinicke, négatifs.

La malade est placée le 19 avril à Sainte-Anne et transférée le 23 avril 1930 à Maison-Blanche.

Nous désirons maintenant relater, à titre comparatif, quelques observations résumées de syndromes hallucinatoires survenus chez des malades atteints d'encéphalites, d'autre origine que celle de la maladie de Von Economo : 2° encéphalites psychosiques; 3° méningo-encéphalite syphilitique.

II. — Encéphalites psychosiques

OBSERVATION VII (1)

Mme D..., 48 ans, entre à l'hôpital Henri Rousselle le 26 janvier 1931, pour un état confusionnel apparu récemment au décours d'un épisode infectieux aigu.

Antécédents: père 75 ans, mère 72 ans, bien portants, 5 frères et sœurs en bonne santé. Pas d'antécédents névropathiques connus dans la famille.

La sœur de la malade nous apprend que cette dernière était d'une « intelligence lente », qu'elle était « un peu faible du cerveau », et qu'à l'école « elle était dure à apprendre ».

De tout temps, elle fut aussi d'un tempérament anxieux et sujette à des craintes immotivées. Elle ne voulait pas sortir le soir, ni aller au cinéma, ni voyager en métro par crainte de la grippe.

Ni enfant, ni fausse couche. Ménopause depuis un an. Activité normale jusqu'au début de l'année.

(1) Les observations qui suivent ont été publiées dans *Ann. Méd. Psychol.*, 1932, par MM. E. Toulouse, A. Courtois et Y. Duffet.

Vers le 7 janvier 1931, infection aiguë à localisation prédominante broncho-pulmonaire. On parle d'une grippe. La fièvre atteint 40° pendant 4 à 5 jours, puis disparaît. Lors de la baisse de la température, soit 8 jours après le début de l'infection, la malade commence à présenter des troubles mentaux.

Onirisme : elle prétend voir le plafond s'entrouvrir cependant qu'un monsieur s'y promène. Le papier de la chambre se décolle et de l'ouverture du plafond tombent dans sa bouche « toutes sortes de saloperies », de la poussière de charbon et du poison. On lui dit qu'elle a le choléra : « Tu attraperas le choléra et la peste », entend-elle répéter. En même temps des hallucinations visuelles : lueurs « comme des gaz, c'était jaune-vert et comme de la suie ». Très rapidement, elle croit avoir toutes les maladies et craint de contaminer les autres. D'ailleurs, les voix répètent : « Tu as fait le déshonneur de ta famille ». Aussi veut-elle mourir et parle de se jeter à la Seine. Elle entre alors dans le service le 26 janvier.

Là, bientôt s'installe un syndrome de délire aigu à forme stuporeuse. La malade ne se tient pas debout et tombe dès qu'on ne la soutient plus, bien qu'il n'existe pas de paralysie. Mutisme complet, à peine quelques gémissements de crainte quand on l'approche. Refus d'aliments, constipation, rétention d'urine nécessitant le sondage. Température : 38-38°5. Etat général très précaire. Azotémie 1 gr. 56 le lendemain de l'entrée, 2 gr. 64 le 31, malgré le sondage alimentaire et le sérum glucosé.

Examen des urines, présence de pus : 20 à 30 leucocytes par champ et des cylindres hyalins.

Réflexes tendineux très vifs, pas de manifestations oculaires. Tremblement digital.

Après 5 à 6 jours, l'état général s'améliore. L'alimentation est plus facile. La malade sort peu à peu de son état confusionnel. On peut la mettre dans une salle de malades calmes. On escompte une guérison rapide. Mais peu à peu se précise un état anxieux avec hallucinations auditives pénibles. Puis l'anxiété s'amende et il ne persiste plus guère depuis la fin de février qu'un syndrome hallucinatoire assez complet. Sans cesse, des voix multiples l'interpellent, l'insultent grossièrement, la traitent de sale femme, disent qu'elle est enceinte, qu'elle a eu plusieurs enfants, douze au moins, qu'elle n'est pas Française, qu'elle a livré la France. On l'accuse de tous les crimes, on va la perdre. On raconte qu'elle est syphilitique, hystérique. Souvent elle répond à haute voix à ses persécuteurs, se défend de leurs accusations, décline son identité, le nom de ses père et mère, son lieu de naissance et prétend ainsi leur prouver sa nationalité française. On agit sur sa pensée, on lui « trouble la tête », on l'influence, on l'hypnotise, on lui envoie toutes sortes d'odeurs par les airs, on l'électrise. On lui envoie parfois des visions obscènes. La malade ne peut préciser qui la persécute et dans quel but. « Cela doit se faire par la T. S. F. ».

Il existe en outre et jusqu'à présent des céphalées violentes.

Ces phénomènes hallucinatoires persistent depuis trois mois. Une sortie d'essai réclamée par la famille n'amène qu'une recrudescence des réactions de la malade vis-à-vis de ses persécuteurs.

Actuellement, le tableau est inchangé, le syndrome hallucinatoire persiste sans modifications notables. Souvent la malade refuse ses aliments. Parfois elle s'occupe un peu, fait quelques travaux de couture, plus souvent

elle reste au lit inactive. Pas de signes neurologiques, sauf une hyperréflexivité tendineuse généralisée. La malade a régulièrement maigri et a perdu 9 kilos en 4 mois. Apyrexie.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn du sang négatifs.

Besredka, négatif. Résorcine, 10 (Mlle SALAMON). Azotémie, 1,56 (27-1), 2,64 (31-1), 1,34 (6-2), puis 0,38 le 16 février. Cholestérine, 1,83. Chlore du sérum, 3,65, soit des chiffres normaux, le 31-1 coïncidant avec une azotémie à 2 gr. 64 (M. Delaville).

Examen hématologique (4-2) : globules rouges, 5.400.000 ; globules blancs, 7.500 ; lym., 19 ; mono. moyens, 12 ; grands, 2 ; polyneutro., 65 ; baso., 2 ; hémoglobine, 95 % (Docteur WEISSMANN).

Liquide céphalo-rachidien (27-1) : albumine, 0,22 ; globulines, 0 ; leuco., 1,2 ; benjoin, 00000 02200 00000 ; parégorique : B.-W., Meinicke, négatifs.

Examen électrique, chronaxies normales (Mlle NÉOUSIKINE).

Métabolisme basal 34,9, soit diminué de 3 % (M. DELAVILLE).

L'examen des urines a fourni des résultats importants. Pas d'éléments anormaux à l'entrée, bonne élimination uréique, près de 44 gr. le 31 janvier, mais dès ce jour présence de pus et de cylindres hyalins. Ensuite (3-2), albuminurie 0,49 0/00, puis 0,10, traces d'urobiline et de sels biliaires, urée 20 gr. 75, les leucocytes sont très nombreux, 2 à 300 par champ, il y a aussi des cellules épithéliales avec des inclusions graisseuses, pas de cylindres (10-2). Le 14 février, une culture montre du bacille de Friedlander à l'état pur (Mlle SALAMON). Le bacille a été ensuite cultivé et étudié à l'Institut Pasteur

(Docteur LÉVY-BRUHL). Dans la suite, l'albuminurie a disparu, mais les cultures d'urines recueillies aseptiquement par sondages fournissent encore du bacille de Friedlander. Ajoutons que le Docteur BESREDKA a bien voulu préparer pour cette malade un entéro-vaccin actuellement en cours d'essai.

Décembre 1931. — Même état. Syndrome hallucinatoire. Anxiété. Pas d'organisation d'un syndrome délirant. Pas d'idées de persécution.

Janvier 1932. — Après une sortie d'essai demandée par la famille, la malade revient dans le service où elle est l'objet du certificat suivant : le 25 janvier 1932.

« Est atteinte de syndrome hallucinatoire consécutif à une encéphalite psychosique aiguë (traitée dans le service il y a un an). Hallucinations exclusivement auditives, d'après la malade, on dit qu'elle dit du mal de son mari, qu'elle le trompe, un certain Marcel lui répète qu'elle n'est pas chez elle, qu'elle a eu plusieurs enfants avec lui. Elle ne connaît pas l'homme qui lui parle et ignore le motif de ses persécutions. « On l'influence dans son cerveau », on l'oblige à crier « Vive l'Allemagne, Vive Guillaume ». On lui ordonne de se tuer. Elle doit exécuter les ordres. Fugue avec velléité de se jeter à la Seine (rencontrée par hasard par son frère). Réactions anxieuses par intervalles. Activité pragmatique conservée. Réflexes tendineux très vifs. Examen normal des urines (absence de bacilles de Friedlander) » (Docteur A. COURTOIS).

OBSERVATION VIII

M... Henriette, 33 ans, entrée le 7 juin 1931, pour « délire aigu fébrile à forme grave ». Pas d'antécédents névropatiques connus. Début subit dans la nuit du 4 à 5 juin, état anxieux, violent, confusion, divagation incohérente, crises de désespoir, peur pour tous les siens, pour sa petite fille qui va mourir, larmes, cris, violences, essais de suicide. Température: 39°8. Le médecin qui la voit a constaté des « signes congestifs de la base du poumon gauche ».

Amélioration légère dans la journée du 5 juin, le lendemain, malgré les hypnotiques, reprise de l'agitation anxieuse et des violences. Température: 37°9 le 6 au soir.

A l'entrée, qui a lieu d'urgence le 7 juin, dans la nuit, on constate le même état confusionnel et anxieux, les mêmes réactions, violences. Température: 39°5. Refus d'aliments. Rétention d'urines. Fuliginosités. Azotémie, 1 gr. 04 le 9 juin.

Les jours suivants, l'agitation se calme un peu, s'alimente plus facilement, mictions spontanées. La confusion et l'anxiété persistent, désorientation complète, peur pour elle, qu'on va empoisonner, pour sa fille que l'on va tuer. Fièvre oscillante autour de 38°. L'azotémie est revenue à 0,37 le 15 juin.

Pas de bacilles de Koch dans l'expectoration, plusieurs fois examinée. Urines normales. A partir du 14, la température revient à 37° et s'y maintient.

Les jours suivants, amélioration physique continue, retour progressif au calme moteur, mais il persiste des impulsions violentes, des moments d'humeur sans motif apparent, du refus d'aliments subit. Puis l'on constate des soliloques, des colères, des interprétations déli-

rantes. Enfin, au début de juillet, on met en évidence un syndrome hallucinatoire alors que les phénomènes confusionnels ont disparu.

« Je ne comprends plus rien, je n'entends plus personne; on répète toujours, c'est un tel, un tel, un tel ».

« Vous voulez me photographier, on dit que j'ai le cancer, la syphilis, que je suis prostituée. J'ai une tête de déterrée. On me fait comme des rayons, des rayons ultra-violets, on me les fait tout partout, je ne veux pas rester ici. Je veux savoir si je suis mariée sous la religion, je n'étais pas syphilitique, j'en suis loin. On connaît ma pensée — j'ai trop causé. Ils font tout le chemin que j'ai fait ou bien c'est en dessous qu'on machine. Je ne suis pas plus amoureuse qu'une autre, ça m'électrise, je veux bien avoir des enfants mais pas avec des trucs comme cela, j'ai ma fille Yvonne. On me fait mettre mes cheveux dans la bouche. On dit que je suis la peste de mon pays. On chauffe en dessous. Le plancher est très brûlant ».

Telles sont quelques phrases énoncées spontanément où la malade se plaint de ses persécuteurs, hallucinations auditives, coenesthésiques, génitales, phénomènes d'influence, prise de la pensée.

Le 19 juin, même état hallucinatoire avec anxiété. « J'étais en train de faire mon lit; tout à coup j'ai senti comme une force, une influence, je ne peux pas m'expliquer, je n'ai jamais été comme cela, c'est dans la tête. Je crois qu'il va m'arriver un malheur, sûrement je vais mourir. Je ne reverrai plus ma fille, je voudrais la voir avant de partir. Je ne sais pourquoi je suis comme cela, je n'ai jamais été amoureuse comme cela. On me travaille, on me dessèche la peau, j'ai de l'électricité plein les bras (se gratte violemment). Je veux retourner chez

mon mari. Tout cela n'est pas naturel, on va me photographier, me magnétiser. Il y a du bleu, des points bleus partout. Nie toute hallucination auditive, cependant réactions d'hallucinée, court à la porte comme si on l'appelait. Refus de médicaments (poison). Réactions dépressives, pleurs, lamentations touchantes, demande à être sauvée, qu'on ne la tue pas ».

S'occupe spontanément dans le service à de menus travaux ménagers, aide les infirmières, mais ne s'intéresse pas aux malades, ignore le nom des infirmières habituelles et du médecin.

Pas de systématisation des idées délirantes, dit ne pas savoir qui lui fait des misères, par quel moyen, pour quels motifs.

Vers la fin de juillet, réactions de défense. Violences, essais de fuite.

Examen biologique. — Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn du sang négatifs. Légère lymphocytose rachidienne : 4 éléments, albumine 0,22, globuline 0, benjoin, 0, parégorique, 0. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. dans le liquide céphalo-rachidien.

Examen hématologique (Mlle SALAMON)

Globules rouges	3.780.000	4.080.000
Globules blancs	6.600	7.000
Lymphocytes	18	23
Moyens mononucléaires	3	5
Grands mononucléaires	5	3
Poly neutro	72	62
Poly éosinophiles	2	7
Hémoglobine	67	72
Valeur globulaire	0,89	0,90

La malade est placée à l'Asile le 28 juillet 1931 avec les certificats suivants : « Est atteinte de délire hallucinatoire consécutif à une encéphalite azotémique, complication d'une pneumopathie aiguë survenue au début de juin. Confusion mentale initiale avec agitation, fièvre élevée (39°-40°); refus d'aliments, délire incohérent. Azotémie, 1 gr. 04. Après une période d'amélioration physique et psychique, organisation d'un syndrome hallucinatoire avec anxiété: insultes, menaces, annonce de morts dans sa famille, on dit qu'elle est « syphilitique, prostituée, cancéreuse ». On l'accuse d'avoir donné la peste dans tout le pays; on connaît sa pensée, on la photographie. Il y a des machines au-dessous, on la chauffe, le plancher est brûlant, on l'électrise, on lui dessèche la peau. Hallucinations génitales probables. « Je veux bien avoir des enfants, mais pas avec des trucs comme cela ». Turbulence anxieuse. Croit qu'il va lui arriver malheur. Entend qu'on l'appelle. Bris de carreaux. Plusieurs essais de fuite. Violence contre le personnel. Parle de se tuer plutôt que de continuer à supporter ce qu'elle endure. Réflexes vifs. Amaigrissement, céphalées » (Docteur A. COURTOIS).

Actuellement, la malade est encore à l'Asile Sainte-Anne, dans le service du Docteur CAPGRAS. Son état est resté sensiblement le même.

OBSERVATION IX

Mme G... Emilie, 34 ans, entrée le 11 avril 1930. Hérédité tuberculeuse. Accès d'excitation légère et de courte durée il y a 6 ans, après la mort d'un bébé. Surmenage

récent (soins à son mari tuberculeux). Excitation, colères depuis 8 jours, a menacé une parente avec un couteau.

Dans le service, agitation, turbulence continue, insomnie, cris, coups dans les portes, essais de fuite, crache à la figure. Confusion, désorientation temporo-spatiale, croit reconnaître son médecin habituel dans le médecin du service. Appelle ce docteur B. pendant des heures. Etat infectieux, fuliginosités, peau chaude. Dénudation. Refus d'aliments. Réflexes tendineux vifs. Fièvre: 38°, 38°7. Azotémie, 1,24 le 12, baisse à 1,18 le 14. Acétonurie, albuminurie légère (0,03).

Amélioration physique rapide à partir du 16 avril, l'agitation diminue, l'alimentation devient facile et suffisante, mais il persiste un état confusionnel très marqué : ne sait où elle se trouve, ne peut indiquer depuis quand elle est là, fausses reconnaissances. Hallucinations auditives et visuelles pénibles. Refus subit d'aliments (jette son lait à la figure des infirmières). Violences impulsives. Idées imprécises de persécution (hostilité du personnel). Gâtisme avec barbouillage. Internée le 30 mai 1930. Sort de l'Asile après quelques mois. Seconde entrée dans le service le 18 août 1930. Est encore confuse, désorientée, ne sait où elle se trouve. Ne se rappelle pas être déjà venue dans le service et avoir été placée à l'asile. Erreurs sur les dates récentes, ignore le mois et la date du mois. Inertie, indifférence. Gâtisme. S'alimente bien. Calme. Disparition progressive de l'état confusionnel dans le courant de septembre, se lève, s'occupe un peu à la couture, descend au réfectoire. Amnésie de la période aiguë.

Petit à petit, apparaissent des idées de persécution, une hostilité générale l'environne. Réactions impulsives im-

prévisibles. Essais subits de fuite. Réticences serrées sur le thème délirant. Elle n'a rien à dire, on le sait mieux qu'elle, elle n'est pas malade, réclame sa sortie immédiate. Elle en a assez « des misères qu'on lui fait ». On l'insulte, on lui envoie de l'électricité et des odeurs d'éther. Lamentations sur sa triste situation. Propos parfois incohérents paraissant indiquer un affaiblissement intellectuel. Inactivité complète. Désigne certains persécuteurs, des voisins, les infirmières, qui, par jalousie, veulent l'empêcher de retourner chez elle. Violences, bris de carreaux.

Examen biologique en dehors de la période aiguë: azotémie normale. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn du sang négatifs. Liquide céphalo-rachidien normal. Formule sanguine sans modifications.

Internée à nouveau le 30 octobre 1930.

Depuis, est partie de l'asile en décembre 1930. Revue en décembre 1931. Paraît bien portante. A pu reprendre son travail. Est considérée comme guérie par son entourage.

OBSERVATION X

Degr... Marcelle, âgée de 37 ans, entrée le 28 août 1930. Déprimée depuis quelques semaines. Céphalées. Nausées. Anxiété subite quelques heures avant l'entrée, on va l'arrêter, on va la tuer, on va lui faire des choses affreuses.

A l'entrée, confusion mentale avec agitation anxieuse, se demande où elle se trouve, que va-t-on lui faire, on va arrêter ses parents, qu'on lui rende sa fille. Se jette

par terre, se frappe aux murs. Craintes dès qu'on l'approche. Opposition désespérée. Dénudation ; lacération de linge, refus d'aliments et de soins. Etat saburral, fongosité. Fièvre : 38°, puis 38°6 les jours suivants. Azotémie : 1 gr. 48 à l'entrée, s'élève rapidement à 4 gr. 80 le 2 septembre. A ce moment, hypothermie (36°). Etat général très grave, pouls filant, stupeur. Alimentation très difficile (sérum glucosé toni-cardiaques). L'azotémie reste à 4,72 le 5, puis s'abaisse à 3,05 le 8 septembre, à 1,80 le 11, puis 0,18 le 18. Pendant cette période, l'état physique s'améliore rapidement, l'alimentation est plus facile, mais l'agitation reprend, la malade parle de s'étouffer, réclame la mort. Abscesses sous-cutanées multiples à partir du 13 septembre. Amélioration mentale passagère jusqu'au début d'octobre. La confusion disparaît, la malade, plus calme, s'entretient avec les infirmières, leur parle de sa famille, elle s'alimente bien et augmente de poids. Le 2 octobre, devient à nouveau anxieuse, essais de fuite, grimpe à l'imposte, se roule sur le parquet, frappe contre la porte, refuse de s'alimenter, gâtisme avec barbouillage. Violences graves. Apyrexie.

Doit être internée à l'asile le 10 octobre 1930. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn du sang : négatifs. Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,15 ; globuline : 0 ; leucocytose légère (2,8). Benjoin, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Anémie pendant la période confusionnelle grave. Globules rouges : 2.950.000 ; globules blancs : 6.200 ; lymphocytes : 15 ; mononucléose : moyens : 18 ; grands : 5 ; polynucléaires neutrophiles : 60 ; basophiles : 1 ; éosinophiles : 3 ; hémoglobines : 70 % (Docteur WEISSMANN-NETTER).

Depuis octobre 1930, la malade est à l'asile avec des périodes d'agitation, des symptômes de chronicité sont apparus. Discordance, ambivalence, catatonie, impulsions. Elle réalise donc un syndrome dit de démence précoce.

*
**

III. — Méningo-Encéphalites syphilitiques

Les observations que nous rapportons maintenant concernent des malades atteints de syphilis nerveuse, mais qui ne présentent pas de symptômes mentaux de paralysie générale. Ce sont surtout les signes neurologiques qui révèlent l'atteinte du système nerveux. Ces malades n'ont pas été traités d'habitude ou le furent d'une façon peu importante et passagère. Chez eux, l'évolution progressive de la syphilis paraît spontanément arrêtée dans le névraxe ou ne progresse qu'avec une très grande lenteur.

Ces cas nous ont paru intéressants à être relatés dans ce travail, puisque spontanément l'encéphalite spécifique semble avoir pris un type évolutif assez comparable aux cas d'encéphalites épidémiques et d'encéphalites psychiques que nous venons de rapporter.

OBSERVATION XI

L... Blanche, 43 ans, entrée le 16 avril 1931 à l'hôpital Henri Rousselle.

Antécédents héréditaires : père mort à 37 ans d'un

accident. Mère bien portante « nerveuse ». Deux sœurs mortes de « méningite ».

Antécédents personnels : « méningite » à 12 ans, pelvi-péritonite deux fois. A 16 ans, a été soignée à l'hôpital Saint-Louis pour une éruption (roséole).

Début des troubles au mois de septembre 1930, à la suite de graves discussions avec son mari « qui l'intoxiquait ». Il lui mettait du poison dans son café, de l'opium dans « son tabac ». Abandonnée en janvier 1931 par son mari qui demande le divorce. Depuis le mois de février, « un vieil ami lui parle sans cesse », il lit dans sa pensée, il la suggestionne, il lui envoie des mauvaises odeurs. Il s'agit sans doute d'une nouvelle invention qu'il expérimente sur elle. « Tout cela la rend malade ». Elle veut se plaindre à la police, mais redoute de passer pour folle. Vient à l'hôpital pour que l'on constate la réalité des phénomènes qu'elle éprouve.

Dans le service, la malade est calme, s'alimente et dort bien. Pas de température. L'état physique est bon. Les pupiles en myosis. *La droite ronde, la gauche déformée ne réagissant ni à la lumière, ni à l'accommodation.* Réflexes tendineux vifs, cutané-plantaire normal. Léger tremblement des doigts. Le fond mental paraît intact.

Examens biologiques : Sang (18-4-31) : Bordet-Wasserman et Meinicke positifs. Kahn positif +++ . Liquide céphalo-rachidien (23/4/31) : Tension, 51-31. Albumine, 0,30. Azotémie, 0,28. Pandy +. Weichbrodt 0. Leucocytes 11,6 par millimètre cube. Benjoin, 00000 022000 00000. Bordet-Wasserman positif. Menicke négatif.

Après ces examens, on institue un traitement par

Bivatol et Stovarsol. L'état de la malade s'améliore et elle sort du service le 5 mai 1931, avec le diagnostic de syphilis cérébrale avec syndrome hallucinatoire (Docteur BADONNEL). Depuis, la malade vient régulièrement à la consultation. Pas de modifications de son état jusqu'au 5 novembre 1931, date à laquelle, vu l'aggravation de ses troubles, elle demande à être hospitalisée de nouveau.

Hallucinations multiples : olfactives, génitales, auditives et visuelles. On lui envoie des gaz qui vont au cerveau, la brûlent comme un courant électrique ; ces gaz ont une très mauvaise odeur, provoquent chez elle une salivation abondante, épaisse, blanche, qui lui monte dans la tête également. Ils lui donnent des brûlures derrière la tête, dans la colonne vertébrale, dans le ventre, dessèchent sa peau, vident sa tête. « Un de ces gaz va aussi aux endroits sexuels. » Tout cela la fait souffrir atrocement. D'autre part, on la suit partout. Plusieurs fois, elle a remarqué qu'elle était surveillée à certains carrefours, mais n'a jamais pu reconnaître son persécuteur. On lui parle par le gaz (M^e D... est l'inventeur de ce procédé). On dit : « Tu te tueras » et des injures.

Le soir, quand elle se couche, elle voit les têtes de ses persécuteurs connus et inconnus, « telle une vision cinématographique » qui la « suggestionnent », et malgré elle, « par l'un de ces gaz, sa pensée parle ». Désignation des persécuteurs : c'est M. D..., un ancien fiancé, par jalousie (elle ne voulait pas se marier avec lui). Lettre de plaintes aux autorités.

Un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien (13 novembre 1931) donne les résultats suivants : Tension 65-25. Albumine, 0,30. Pandy, 0. Weichbrodt, 0. Leuco-

cytes, 1,2. Benjoin, 00000, 02210, 00000. Bordet-Wasserman, positif. Meinicke, négatif.

Sort du service le 25 novembre 1931. Pas de modifications appréciables. Depuis, est suivie et traitée régulièrement au dispensaire.

OBSERVATION XII

B... Marie, 52 ans, entrée le 22 novembre à l'hôpital Henri Rousselle, avec les indications suivantes :

« Présente des signes de tabès fruste ; inégalité pupillaire, lymphacytose du liquide céphalo-rachidien et, de plus, de troubles psychiques à tendance mélancolique avec cénestopathie. »

A l'examen : malade assez calme, paraît fatiguée. Pas de température. Cécité complète. Elle était chez les Sœurs du Perpétuel Secours. Les Sœurs voulaient la tuer. On lui donnait du poison « à haute dose » dans ses boissons. On lui a fait perdre la vue par ce moyen, elle est complètement aveugle maintenant. Croit avoir entendu dire, que puisqu'elle résistait aux poisons, on ferait venir Deibler pour lui couper la tête. En outre, elle a un ver solitaire dans l'estomac. « Il est très long, très lourd ». De temps en temps, il remonte dans sa gorge. Elle est complètement bouchée par ce ver. Ne peut plus aller à la selle. Il l'étouffe, lui donne un mauvais goût à la bouche. Elle sait qu'elle n'a plus de sang. Elle sent des odeurs, « ce sont des médicaments ».

Réflexes tendineux très vifs. *Pupilles inégales : droite plus grande que la gauche. Ne réagissent pas à la lumière.* Cécité complète par névrite optique. Le fond

mental paraît intact. Malade bien orientée dans le temps et dans l'espace.

Examens biologiques (24 novembre 1930) : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs dans le sang. Azotémie, 1 gr. 56. Liquide céphalo-rachidien : Tension, 45-15. Albumine, 0,22. Pandy, 0. Weischbrodt, 0. Leucocytes, 0,2 par millimètre cube. Benjoin 00000 00000 00000.

Pendant quelques jours, la malade étant restée dans le service, présentait des périodes anxieuses, avec agitation. Refusait les médicaments. Ne voulait pas s'alimenter. A été gâteuse.

Placé le 26 novembre 1930 avec le certificat suivant :
« Est atteinte d'une psychose hallucinatoire, évoluant sur un terrain de syphilis nerveuse avec cécité. Idées hypocondriaques et de persécution. Elle est victime de complots depuis 7 ans. Elle est poursuivie par la concierge du Perpétuel Secours qui lui fait des misères. On l'a empoisonnée. Elle souffre d'un ver, qui lui pèse lourdement. Il est dans sa gorge, mais son estomac est plein de la bête, qui est grande maintenant. Elle est bouchée, elle n'a plus de sang. Entend constamment des insultes et des menaces. On lui a dit qu'on lui ferait couper la tête. Odeurs désagréables. Troubles cénestopathiques. Inégalité et rigidité pupillaire. Cécité. Gâtisme. (Docteur R. DUPOUY).

OBSERVATION XIII

P... Elisa, 36 ans, entrée le 22 mars 1930 à l'hôpital Henri Rousselle.

Antécédents héréditaires : mère hypochondriaque non internée. Père mort à 71 ans d'un ictus.

Antécédents personnels : la malade est syphilitique depuis 1914. Spécificité acquise d'un ami de passage, dit le mari. En tout cas, syphilis conjugale, soignée dix ans après (1924) à l'hôpital Saint-Antoine.

D'après le mari, depuis quelques mois, sa femme est irritable, sombre. Jaloux, il croit qu'elle a un amant et ce sont des disputes continuelles. Depuis 15 jours environ : dépression, peurs vagues, pleurs, violences sans motif. Elle s'est promenée toute la nuit avec un rasoir. Quelqu'un « la hante, l'ensorcelle », dit le mari.

A l'examen : malade calme, déprimée, inquiète. Réticence, mutisme. Elle souffrait de la tête depuis 6 à 7 semaines. Par moments, ces temps-ci, elle avait envie de tout casser, « quelqu'un me poussait à le faire, bien entendu, quelqu'un m'influence, ça fait déjà un bon moment, je ne sais pas qui, je le connais sans le connaître ». On lui faisait de la transmisison de pensée, dit-elle, « des vérités, des contradictions ; j'y croyais, j'y croyais pas », des ordres, des conseils. Parmi ces voix, appartenant à plusieurs personnes, elle croit reconnaître la voix d'un homme, qu'elle aurait connu intimement autrefois. « Je n'arrivais plus à comprendre, je crois que j'aurais tôt fait de me faire du mal, si ça devait durer ».

Le fond mental paraît intact. Bon état physique. Réflexes tendineux normaux, *mais pupilles inégales : gauche plus grande que la droite, ne réagissant ni à la lumière, ni à l'accommodation.*

Examens biologiques (24 mars 1930) : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs dans le sang. Li-

quide céphalo-rachidien : Tension, 43-26. Albumine, 0,32. Pandy, 0. Weichbrodt, 0. Leucocytes, 1,2 par millimètre cube. Benjoin, 00000 02210 00000.

La malade est placée le 25 mars 1930, avec le certificat suivant : « Est atteinte de délire de persécution, à base hallucinatoire. Se dit poursuivie par les paroles d'un homme que l'on transforme toujours, il lui tenait d'abord des propos flatteurs, mais cela a changé. D'autres la contrarient, lui donnent des ordres, des conseils. Mauvaises odeurs de cuisine, saveurs désagréables, courants électriques sur tout le corps. Croit que c'est par amour que cet homme la poursuit. Vellétés de suicide par défenestration, pour échapper aux souffrances. Maux de tête, interprétés comme le fait de ceux qui la travaillent. » (Docteur A. COURTOIS). Le délire continue à évoluer à Villejuif jusqu'en août 1930. A cette époque, la malade sort de cet établissement, à la demande de son mari, et va passer quelques mois à la campagne. Revient de nouveau à l'hôpital Henri Rousselle le 19 décembre 1930, présente alors, en plus, des idées de grandeur, « elle va gagner des millions ». Hallucinations psycho-motrices, « on agit sur ses muscles, on lui fait casser sa vaisselle ». C'est un homme qui voudrait la posséder, disposer d'elle comme d'un objet. Il lui a donné récemment un rendez-vous. Une troisième personne est parfois interposée qui agit sur lui comme sur elle. Elle doit obéir à tous leurs ordres. Idées de suicide, on l'a empêchée d'aller se plaindre au commissariat. « Ils font d'elle tout ce qu'ils veulent. » Interne le 20 décembre 1930 avec le certificat suivant : « Est atteinte de psychose hallucinatoire chronique ; hallucinations polymorphes : auditives, olfactives, cénesthésiques, psycho-motrices : idées délirantes d'influence ;

thème délirant systématisé. Signes de spécificité nerveuse. Déjà internée. » (Docteur P. ABELY).

En novembre 1931, le délire n'a pas changé. On l'empêche de faire ce qu'elle veut. On lui donne des ordres qu'on l'oblige à exécuter. Accusations violentes, menaces de mort contre les médecins de l'asile qui lui ont fait des injections dans la colonne vertébrale. Désigne ses persécuteurs, qui veulent l'obliger à quitter son domicile. Travaille. Le fond mental n'est pas modifié. Pas de modifications des signes oculaires.

Réactions à caractère impulsif (bris de vaisselle) dues en réalité à une hallucination psycho-motrice, ou à l'exécution d'un ordre hallucinatoire.

OBSERVATION XIV

P... Louise, 40 ans, entrée le 4 août 1931 à l'hôpital Henri Rousselle.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Une fausse couche de 7 mois, enfant macéré.

D'après sa fille, le début des troubles remonte à 6 mois, à la suite d'une grippe mal soignée en janvier 1931. En mars, aurait volé du linge à sa patronne. Depuis, remords, scrupules. Se croit poursuivie par la police. A la fin du mois de juin, a fait une tentative de suicide, a voulu se couper la gorge (cicatrice). Aucun trouble analogue auparavant.

A l'examen, la malade dit qu'elle entend des voix qui lui'adressent de grossières injures, qui lui disent qu'elle est accusée de vol, qui lui conseillent de restituer, sans

préciser quoi. Se croit surveillée par la police, et a peur quand elle est seule. Les mêmes voix la menacent, lui annoncent sa mort, provoquent chez elle des impressions pénibles.

Réflexes tendineux vifs. *Inégalité pupillaire, droite plus grande que la gauche. Rigidité à la lumière.*

Examens biologiques (6 août 1931) : Bordet-Wassermann. Meinicke et Kahn, négatifs dans le sang. Azotémie, 0,32.

Liquide céphalo-rachidien : Albumine, 0,55. Pandy, +. Weichbrodt, 0. Leucocytes, 8 par millimètre cube. Benjoin, 00000 22222 10000.

Elle est placée le 18 août 1931 avec le certificat suivant : « Est atteinte d'un état d'affaiblissement intellectuel avec syndrome hallucinatoire en rapport probable avec une méningo-encéphalite spécifique peu évolutive. Désorientation partielle, oubli des dates et des faits importants ; voix persécutrices qui l'insultent, la menacent, annoncent sa mort. On l'accuse de vol, on va venir l'arrêter. Anxiété, cris, essais de fuite, gémissements ; elle sera morte avant 10 heures ce soir. Idée d'auto-accusation. Tentative récente de suicide par égorgement (cicatrice). » (Docteur A. COURTOIS).

Après avoir resté 3 semaines environ à Sainte-Anne (Service du Docteur CAPGRAS), sort et part à la campagne. Revient de nouveau le 1^{er} février 1932 à l'hôpital Henri Rousselle. Présente alors des hallucinations multiples et un délire de persécution. Très riche.

— Hallucinations auditives : elle entend des voix qui lui disent qu'elle a empoisonné son mari, que son cousin lui a pris ses pensées, l'a ensorcelée, qu'on parle d'elle dans les journaux, qu'on la montre dans les ciné-

mas, qu'on fait des chansons sur elle ; d'autres fois, on l'insulte, on la traite de tous les noms.

— Hallucinations visuelles : « J'ai vu sortir mon mari de son cercueil. »

— Hallucinations olfactives : « Elle sent l'odeur de suie et des gaz qui sifflent sous la porte. »

— Hallucinations cénesthésiques : « On lui fait des piqures sur le corps. »

— Hallucinations génitales : « Son cousin vient la nuit dans son lit. » Un délire de persécution : Son ami veut l'empoisonner par jalousie. Elle a absorbé du bouillon et du café dans lesquels on avait mis des substances toxiques. Dépose une plainte au commissariat. — De même, sa voisine lui envoie des gaz sous la porte, parce qu'elle veut s'emparer de son logement. Une patronne donne de mauvais renseignements sur elle, pour qu'elle ne trouve pas de place. Dernièrement, a cru qu'on voulait tuer sa fille. — Pas d'idées de suicide.

Affaiblissement intellectuel. — $6 + 8 = ?$ $21 - 19 = ?$
Armistice, fin septembre 1918. Oubli des dates et des faits importants. Dans le service, elle est calme, très hallucinée, répond tout le temps aux voix qui lui parlent. S'alimente et dort bien.

Est placée le 3 février 1932 avec le certificat suivant :
Est atteint de délire hallucinatoire avec idées de persécution. Depuis des mois, on répète ce qu'elle fait, on lui donne des ordres et des conseils, on l'insulte. Reconnaît des voix différentes dont une spécialement est agréable. C'est celle d'un cousin de son mari qui doit être venu à Paris et la désire. Il vient la nuit dans son lit. Mauvaises odeurs envoyées sous la porte par une

voisine qui désire son logement. Essai d'empoisonnement par un bouillon que lui a donné son ami qui est jaloux d'elle. Idées de grandeur, riche mariage, royauté, on parle d'elle dans les journaux, on la montre au cinéma.

Affaiblissement intellectuel au début. Débilité initiale. Spécificité nerveuse. (Docteur A. Courtois).

Considérations cliniques

Nous n'insisterons pas sur la description et l'interprétation de chacune de nos observations. Nous avons indiqué que tel n'était pas notre but. Nous voulons seulement essayer de bien mettre en lumière, les éléments fondamentaux que l'on peut retrouver dans tous les cas, puis signaler à propos de chaque groupe, les particularités du syndrome hallucinatoire lui-même ou de la symptomatologie clinique qui l'accompagne.

Dans la plupart de ces cas, il existe un syndrome hallucinatoire, plus ou moins bien systématisé, avec hallucinations multiples, interprétations délirantes, idées de persécution et d'influence. Le thème est variable, de même les réactions. Il est des cas où le système délirant est cohérent, solide et a pu permettre à des cliniciens avertis, de porter le diagnostic de « psychose hallucinatoire chronique ». Disons cependant que nous n'attachons pas une importance capitale à la distinction entre ce syndrome, dit de psychose hallucinatoire chronique, avec système délirant bien organisé et activité pragmatique quelquefois conservée, et ce qu'il est convenu de désigner sous le

terme de psychose hallucinatoire à forme paranoïde, qui comporte un fléchissement plus profond de l'activité cérébrale supérieure, de contrôle, de coordination, donc un affaiblissement intellectuel, avec délire mal systématisé et évolution plus ou moins rapide vers un état déméntiel.

C'est qu'il paraît s'agir dans ces deux groupes de faits, non pas d'un processus différent, dans son essence, mais seulement dans son intensité, soit que l'atteinte inflammatoire cérébrale ait été plus importante dans certains cas, soit que la résistance du cerveau ait été congénitalement plus faible; car dans toute atteinte cérébrale, deux facteurs doivent être toujours considérés: l'agent causal plus ou moins actif, et l'organe récepteur plus ou moins fragile. Des variations respectives de ces deux éléments dépend, sans doute, l'importance des manifestations mentales, et la forme de leur type évolutif.

Encéphalite épidémique

Dans le cas des syndromes hallucinatoires de l'encéphalite épidémique, qui composent le contingent le plus important des observations rapportées, l'affaiblissement intellectuel est souvent évident, et ces faits paraissent devoir être rangés parmi les syndromes hallucinatoires à forme paranoïde.

L'affaiblissement est marqué soit par l'incohérence

des idées délirantes (Obs. II), soit par l'indifférence presque totale de la malade à sa situation et par son inactivité.

Ainsi Mme D. (Obs. II) tient les propos suivants :
« J'ai perdu mes parents depuis 4 siècles. J'étais brune le siècle avant celui-ci, mais ensuite j'ai des poils blonds. J'avais un peignoir mauve, la deuxième fois, je suis tombée ici... C'est toujours cette malheureuse dent que l'on m'a arrachée. On l'arrache, puis on me donne des tickets, seulement moi j'allais à l'école... Dans ma main, il y a encore écrit Pulaz en africain, c'est comme Anicho. »

Dans un cas (Obs. I) où l'atteinte encéphalitique aiguë était survenue chez une fillette de 10 ans, on nota un arrêt du développement intellectuel, et lors de l'examen dans le service, à 21 ans, les tests, BINET et SIMON (modifiés par Terman) donnent un âge mental de 9 ans seulement.

Cependant, il est également des cas où l'activité cérébrale ne paraît pas diminuée. C'est le cas du malade R... (obs. III) qui présente même une activité imaginative considérable avec d'ailleurs conscience du caractère pathologique de ses troubles et qui critique les hallucinations qui l'assaillent. Pourtant P. SCHIFF et A. COURTOIS notent que chez ce malade « la dissociation mentale paraît très accusée, et que la forme du délire rappelle certaines psychoses paraphréniques ».

Peut-on espérer trouver dans la forme du délire des

éléments qui permettraient d'isoler un délire encéphalitique ?

Les auteurs qui ont apporté les premières observations du délire hallucinatoire, au cours de l'encéphalite épidémique chronique, ont bien cherché dans la forme des idées délirantes, des indications permettant d'isoler un type particulier, autonome, de délires encéphalitiques.

STECK (*Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1927), insiste sur le fantastique, l'étrangeté, mélange de religiosité et d'érotisme, enfin sur le caractère archaïque du délire. De même, P. SCHIFF et A. COURTOIS écrivent (*Encéphale*, 1928, page 540). « Chez ce malade (Obs. IV) on remarque la teinte étrange et encore plus souvent fantastique des hallucinations, leur polymorphisme, le mélange de religiosité et d'érotisme, le caractère archaïque du délire; plusieurs des cas cités par STECK éprouvaient comme K... (Obs. IV) un sentiment de domination diabolique, décrivaient l'apparition de Satan en personne. Ce caractère archaïque du délire surprend d'autant plus qu'il contraste avec la situation sociale du sujet, son activité intellectuelle antérieurement à la maladie. Une telle psychose se rapproche certainement beaucoup d'une démence paranoïde ou paraprénique, mais la conservation de l'affectivité, l'absence de conviction délirante vraie, montrent que l'assimilation n'est pas possible. »

La brusquerie d'éclosion de ces délires en est aussi un caractère particulier.

Le terme d'hallucinoſe déjà employé incidemment par Von DOMARUS et STECK pour désigner ces états, paraît justifié à la fois par la variabilité des phénomènes délirants et par le défaut d'adhésion, les doutes perpétuels que le sujet ressent à leur égard. La dénomination d'hallucinoſe fantastique indique le trait particulier de ces psychoses encéphalitiques, avec leur déroulement de processus imaginatifs, bizarres et sans cesse renouvelés.

En recueillant des observations plus nombreuses, en cherchant ce que sont devenus les malades depuis leur présentation, nous avons vu que bien souvent, il n'était pas possible, d'après la forme seule des idées délirantes, d'individualiser ces délires, hallucinatoires consécutifs à l'encéphalite épidémique. Et d'ailleurs, est-il une idée délirante qui puisse avoir dans tous les cas, une valeur diagnostique entière ? Sans doute, au cours de la paralysie générale, les idées mégalomaniques sont-elles fréquentes, mais aucun psychiatre n'admettrait plus qu'elles sont pathognomoniques de la maladie de BAYLE.

Les observations (N^{os} I, II et V) montrent que l'étude psychologique ne permet pas d'accorder toute valeur au thème délirant fantastique avec archaïsme et mysticisme, mais ces caractères restent cependant fréquents (Obs N^{os} III, IV et VI).

C'est également l'avis du Docteur GUIRAUD (1) qui,

(1) P. Guiraud, discussion *Soc. Clin. de Médecine Mentale*, 15 avril 1929.

à l'occasion d'une discussion à la Société Clinique de Médecine mentale, écrit : « Au bout d'un certain temps d'évolution, on ne peut plus du tout distinguer cliniquement les délires hallucinatoires encéphalitiques des délires hallucinatoires constitutionnels. Dans les uns et les autres, les hallucinations et les thèmes délirants ont les mêmes caractères. Dans les deux cas, ce thème peut être fantastique. »

Il nous faut cependant signaler comme particularités fréquentes : l'absence de conviction délirante, la brusquerie d'éclosion du délire et surtout les réactions impulsives de ces malades.

Ces particularités ont été notées déjà par plusieurs auteurs.

STECK (Arch. Suisses de Neur. et Psych., 1927, vol. XXI, fasc. II), signale que « parallèlement à l'éclosion du délire, ces malades présentent de l'agitation et des impulsions, et vis-à-vis de leurs productions délirantes ou hallucinatoires, ils ont très fréquemment une attitude particulière d'hésitation ou même de critique ».

P. SCHIFF et A. COURTOIS (Soc. de Psychiatrie, 26 avril 1928 et 24 mai 1928) ont fait les mêmes constatations. M. le Professeur Henri CLAUDE (*Encéphale*, 1929, p. 298) insiste sur les mêmes particularités et propose les caractéristiques suivantes : « Psychoses polymorphes, hallucinatoires et impulsives, remarquables par la soudaineté de leur explosion, par le caractère incoercible de leurs réactions, et en même

temps par la lucidité singulière qui, cependant, les accompagne. »

Nous retrouvons ces caractères principaux dans la plupart de nos observations, en particulier l'impulsivité. Ainsi la malade C (Obs. I), « au cours même de l'interrogatoire, s'interrompt, devient agressive, va jusqu'à frapper le médecin. Parfois, étant couchée, elle se lève subitement et va donner des coups à une voisine de lit ». Une autre, Mme D... (Obs. II), présente par moment de brusques impulsions, devient agressive, a frappé plusieurs fois les infirmières. R... (Obs. III) est sujet à de violentes crises coléreuses, sans raison apparente ; il se lève tout à coup, affirme qu'il va tout briser et joint immédiatement l'acte à la parole ; parfois, il se jette sur les infirmiers ou frappe le médecin. Chez K... (Obs. IV), on constate des violences impulsives allant jusqu'à l'essai d'homicide sur le médecin.

La conviction délirante est également faible dans tous les cas. Ainsi, R... (Obs. III) reconnaît spontanément qu'il n'est ni le fils du roi des Belges, ni le Christ vivant désigné pour diriger le monde, comme il vient de le déclarer, mais qu'il est issu d'une petite famille bourgeoise, malade et traité dans un asile d'aliénés. K... (Obs. IV), à plusieurs reprises, **déclare** spontanément qu'il trouve ses idées délirantes absurdes, qu'il ne peut pas y croire, mais qu'il est forcé d'y croire.

Enfin Mme H... (Obs. VI), dit bien souvent, parlant de son délire, que tout cela n'est que du « factice ».

Il nous faut insister encore sur la fréquence des hallucinations visuelles, qu'il est rare de rencontrer dans les délires hallucinatoires à évolution chronique, et qui sont relatées trois fois dans les observations que nous rapportons, en dehors de tout état confusionnel apparent. Une malade (Obs. II) « voit des morceaux de viande qui pourrissaient ». Une autre (Obs. III), « dans sa chambre le soir voit des lumières, des poignards, les signes de la franc-maçonnerie, les têtes de personnages inconnus ». Enfin, Mme H... (Obs. VI), « à la fin du jour et de la nuit, aperçoit des bêtes bizarres, une fois un squelette qui avait comme un rouet dans sa tête ; elle a vu Dieu et le Diable, elle voit l'œil de Dieu dans certaines roses du papier de sa chambre, ou bien des figures de magiciens ».

Rappelons encore l'observation de MM. A. COURTOIS et TRELLES (Société Clinique de Médecine Mentale, 19 avril 1929).

Leur malade dit voir des fruits éclatants, des pommes qui roulent le long de ses jambes, et il ajoute que lorsqu'il veut les saisir, « tout disparaît ».

Ces faits nous paraissent à rapprocher de ceux décrits par M. LHERMITTE sous le nom d'hallucinosé pédonculaire (1). D'ailleurs, dans son livre « Le Som-

(1) L'hallucinosé pédonculaire. *Revue Neurologique*, mars 1931.

meil » (2), M. LHERMITTE écrit à propos des encéphalites chroniques : « Il est des malades... qui, en plein jour, ou parfois au crépuscule, voient apparaître devant eux des images visuelles d'animaux et d'êtres mouvants, plus ou moins définis, qui se livrent sans bruit aux extravagances les plus fantaisistes, et cela sans amener d'autre réaction dans l'esprit du spectateur qu'une curiosité amusée. »

Il nous a paru intéressant de soulever cette hypothèse à propos de nos délires hallucinatoires, en raison de l'association, dans ces cas, d'altérations profondes des régions pédonculaires et d'hallucinations visuelles particulièrement fréquentes.

En fait, il nous paraît que ce sera surtout sur des faits neurologiques objectifs, qu'il vaudra mieux s'appuyer pour distinguer ces états hallucinatoires post-encéphalitiques ; le syndrome parkinsonien plus ou moins intense, bilatéral (Obs. IV et VI), ou à prédominance unilatérale (Obs. I, II, III et V), a été observé dans tous ces cas. Associé à l'anamnèse qui relate le syndrome infectieux aigu initial, avec plus ou moins de détails, ce syndrome parkinsonien est de la plus grande importance, pour affirmer l'atteinte inflammatoire cérébrale antérieure et la nature probable de cette atteinte.

De son côté, l'examen du liquide céphalo-rachidien

(2) Le sommeil. Arm. Colin, 1931, p. 182.

peut donner aussi quelques indications, si d'habitude les résultats ont été normaux, nous avons cependant noté une légère leucocytose dans quelques cas (2,4, 2,6, 3).

La date d'apparition du syndrome hallucinatoire, après l'épisode encéphalitique aigu initial, mérite encore d'être considéré.

Cette date est variable, elle est cependant d'habitude relativement tardive dans les cas d'encéphalite Iéthargique. Nous avons cherché à préciser, d'après nos observations et celles que nous avons pu trouver dans la Littérature française, l'intervalle qui sépare l'apparition de syndrome hallucinatoire de l'encéphalite aiguë. Sur 10 cas, 8 fois le syndrome mental est apparu de 7 à 11 ans après l'atteinte aiguë de début (7, 8, 8, 9, 10, 10, 11, 11) ; donc, après un espace libre fort respectable.

Une fois (Obs. publiée par BARUK et MEIGNANT, *Encéphale*, 1929), c'est seulement 4 ans après. Une autre observation (N° V) est particulière, puisque les voix avaient accompagné le syndrome aigu initial, pour disparaître cinq mois plus tard, et ne plus se manifester pendant 5 ans. Ensuite, on assiste à une reprise parallèle des signes cliniques de l'infection encéphalitique et du syndrome hallucinatoire, qui réapparaissent chaque année durant un temps variable.

Il nous a paru utile de consigner ces faits dans le tableau suivant :

Noms des malades Indications Bibliographiques	Année de la période aiguë	Age à la période aiguë	Age à l'apparition des troubles bal- lucinatoires	Intervalle libre
Obs. I C... Angèle.	1920	10 ans	21 ans	11 ans
Obs. II D... Anne.	1918	16 ans	26 ans	10 ans
Obs. III R... Paul.	1920	16 ans	24 ans	8 ans
Obs. IV K... Jean.	1918	19 ans	28 ans	9 ans
Obs. V R... O... (femme).	1920	26 ans	»	»
Obs. VI H... Germaine.	1918	24 ans	35 ans	11 ans
Obs. VII Mlle N... (H. Claude, Tinel, Mi- chon, <i>Encéphale</i> , 1929.)	1918	23 ans	33 ans	10 ans
Obs. VIII M... Georges. (Baruk et Meignant, <i>Encéphale</i> , 1929.)	1923	23 ans	27 ans	4 ans
Obs. IX L... Louis. (Baruk et Meignant, <i>Encéphale</i> , 1929.)	1920	31 ans	38 ans	7 ans
Obs. X P... Serge. (A. Courtois et Trel- les, <i>S. C. M. M.</i> , 15 avril 1929.)	1919	18 ans	26 ans	8 ans

Signalons enfin que dans plusieurs observations, les auteurs insistent sur la coïncidence d'une reprise ou d'une aggravation des signes cliniques ou neurologiques et de l'apparition du syndrome hallucinatoire. Ainsi, MM. P. SCHIFF et A. COURTOIS écrivent (Soc. de Psychiatrie, 26 avril 1928) : « L'installation du délire a coïncidé avec une reprise de l'encéphalite, qui s'est traduite, entre autres symptômes, par une recrudescence des phénomènes moteurs. D'autre part, les phénomènes psychiques dominant tout le tableau. » Et plus loin : « Cette notion de psychoses encéphalitiques vraies nous paraît donc devoir être retenue. »

Dans la même présentation, les auteurs rapprochent leurs cas des délires oniriques. Plus tard, MM. BARUK et MEIGNANT (Soc. de Psychiatrie, 20 décembre 1928), insistent sur l'état confuso-onirique qui accompagne le délire hallucinatoire de deux de leurs malades. De même MM. ALAJOUANNE et GOPCEVITCH (1) ont rapporté des cas analogues.

Ces faits ne sont pas d'ailleurs pour nous surprendre, et l'on sait bien maintenant que l'encéphalite épidémique chronique conserve un caractère évolutif, qu'elle est capable de poussées, de reprises, que l'agent infectieux, adapté à la vie dans le névraxe, doit y conserver sa virulence.

(1) Hallucinoze préhypnique, automatisme ambulatoire et verbal nocturne, délirant confusionnel, paroxystique chez une malade atteinte de syndrome parkinsonien et post-encéphalitique (Soc. de Neurologie, 8 novembre 1928).

NETTER a montré une malade qui, deux ans après une encéphalite en apparence guérie, a présenté de nouveau une diplopie semblant due à de nouvelles lésions, et ayant contagionné son père à ce moment. Il a observé aussi un malade atteint d'encéphalite en janvier 1920, avec séquelle parkinsonienne. A l'autopsie, en mars 1921 (15 mois après), le virus de l'encéphalite aurait pu encore être mis en évidence dans son système nerveux.

Rappelons encore à l'appui de cette conception que la contagion à la période parkinsonienne a été observée par MM. GUILLAIN, ALAJOUANINE et CELICE (1) et plus récemment par MM. PICARD et MASQUIN (Soc. Clin. de Méd. mentale, 1928, p. 105).

A propos de leur observation, M. G. PETIT a particulièrement insisté sur l'importance théorique et pratique qu'il y avait à considérer l'encéphalite chronique comme une maladie encore évolutive et non comme la séquelle d'une inflammation cérébrale complètement dissipée.

De plus, les examens histologiques de cerveaux d'encéphalitiques, morts plus de 10 ans après le début de l'affection, révèlent encore dans le névraxe des lésions actives et non seulement dans les noyaux gris, dans le locus niger où les destructions cellu-

(1) La contagion de l'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne. *Congrès de Neurol. et de Psych.*, Bruxelles, 1924.

laïres sont considérables, mais aussi au niveau du cortex (surtout infiltrations périvasculaires de type subaigu). Ces altérations diffuses rencontrées dans les zones intellectuelles et sensorielles ne doivent pas être complètement étrangères aux syndromes démentiels (2) et délirants hallucinatoires que l'encéphalite épidémique inscrit à son actif, au cours de sa période chronique avec ou sans parkinsonisme.

Encéphalites psychosiques

MM. E. TOULOUSE, L. MARCHAND, P. SCHIFF et A. COURTOIS, ont décrit récemment sous le terme « d'encéphalites psychosiques aiguës » les formes de confusion mentale évoluant d'habitude sous le type clinique du délire aigu. La mort au milieu d'un cortège de phénomènes toxi-infectieux survient dans la très grande majorité des cas.

L'examen histologique pratiqué par M. MARCHAND a montré l'existence d'une encéphalite avec infiltration péri-vasculaire, nodules inflammatoires, satellitose, parfois légère réaction méningée.

Les lésions inflammatoires sont particulièrement intenses au niveau des lobes frontaux et du bulbe. En

(2) *Thèse Rottemberg*. Syndromes démentiels de l'encéphalite épidémique, p. 56. Imp. Union, Paris, 1932.

outre, il existe toujours des altérations cellulaires considérables et touchant le névraxe tout entier.

Il y a cependant des malades qui échappent à la mort après avoir présenté le même syndrome clinique initial et le même syndrome biologique — en particulier une rétention azotée considérable, dépassant parfois 4 gr. d'urée par litre. Mais quand les phénomènes aigus ont disparu, on a pu constater comme reliquat un syndrome hallucinatoire d'évolution variable.

Nous avons donné quelques observations de ces faits.

Il en est qui sont comparables aux psychoses hallucinatoires paranoïdes de l'encéphalite épidémique chronique.

L'affaiblissement intellectuel y est manifeste et s'est installé très rapidement. C'est le cas de l'observation N° VIII où les signes de dissociation sont déjà évidents.

Une telle évolution rapide est encore plus remarquable dans l'observation N° X où en quelques mois l'état démentiel s'est installé.

A côté de ces formes, il en est qui réalisent presque un syndrome d'hallucinose. En effet, l'observation N° VII montre que l'on peut voir des cas où le syndrome hallucinatoire existe seul, pur, pourrait-on dire, sans adjonction d'idées délirantes et sans organisation d'un thème de persécution. En effet, cette

malade présente depuis plus d'un an maintenant, des hallucinations auditives, elle entend des voix qui l'insultent, lui donnent des ordres et des défenses, elle a la conviction de leur réalité dès qu'elles commencent, mais elle ne sait qui lui parle, pourquoi et par quels moyens on peut à distance entrer en rapport avec elle, et lui rendre l'existence si pénible. Il ne semble pas non plus qu'un affaiblissement intellectuel apparaisse : la malade est bien orientée, elle a conservé toute son activité, travaille pour les infirmières, et, à l'occasion d'une sortie récente d'essai, a fait preuve dans son ménage, abandonné depuis des mois, d'initiatives très utiles.

Enfin, ce syndrome hallucinatoire peut être passager et curable ; cela ne préjuge d'ailleurs en rien de l'avenir. Il est possible qu'après des mois et des années, des troubles nouveaux surviennent, pouvant alors, sans doute, être interprétés comme l'expression du travail de sclérose qui aura suivi dans le cerveau l'atteinte inflammatoire initiale. de même, pour le rein, après une néphrite aiguë, compliquant une scarlatine par exemple, et une guérison apparente, apparaîtra après des années un syndrome de mal de Bright, qui entraînera la mort en quelques mois.

L'observation N° IX est un exemple de curabilité possible de ces syndromes hallucinatoires, malgré une durée assez prolongée.

Ces faits d'ailleurs ont été déjà signalés spécialement dans la confusion mentale au cours d'une infection (fièvre typhoïde, grippe).

MM. E. TOULOUSE, A. COURTOIS et Y. DUFER en rapportent encore des exemples dans leur mémoire récente à la Société Médico-Psychologique (1). Dans un de leurs cas, particulièrement intéressant, après une guérison apparente, un syndrome hallucinatoire est survenu, puis un nouvel accès de délire aigu. A l'autopsie, M. MARCHAND constate, comme dans les autres cas, des lésions inflammatoires d'encéphalite.

Au contraire de ce que nous venons de voir pour l'encéphalite épidémique, les délires hallucinatoires consécutifs à des encéphalites psychosiques aiguës surviennent dans nos observations très peu de temps après l'épisode délirant aigu initial, ou l'ont suivi sans intervalle appréciable. Ces faits sont donc à rapprocher de ce que RÉGIS (2) appelle « idées fixes post-oniriques ». Ils sont signalés par M. ANGLADE dans son rapport (Congrès de Marseille, 1899) sur les délires systématisés secondaires ».

Mais, nous avons eu l'occasion d'observer des cas à évolution différente, que nous ne pouvons relater ici dans la nécessité où nous sommes de limiter un sujet déjà trop étendu. Dans ces cas, c'est plusieurs

(1) Séquelles mentales des encéphalites psychosiques aiguës. *Ann. Méd. Psychologiques*, Janvier 1932.

(2) Précis de Psychiatrie, V^e éd., p. 363.

années après l'épisode délirant initial, survenu au **cours d'une maladie infectieuse** (grippe, typhoïde, rhumatismes) que s'est installé progressivement un syndrome hallucinatoire avec idées de persécution, réalisant d'habitude le tableau dit de « **psychose hallucinatoire chronique** ».

Seule, la notion d'encéphalopathie délirante au cours d'une maladie aiguë antérieure pouvait indiquer l'étiologie probable de la psychose. Et, comme pour l'encéphalite épidémique, c'est souvent une dizaine d'années après l'épisode aigu initial que le syndrome mental s'est manifesté. Aussi le pronostic lointain de ces formes d'encéphalites psychosiques aiguës reste-t-il encore très réservé.

Ces faits ne doivent pas d'ailleurs faire oublier l'étude du terrain, de cette fragilité neurobiologique qui a hanté des maîtres de la psychiatrie au point de leur faire, parfois, trop oublier peut-être l'étude du milieu, des facteurs extérieurs, infection, intoxication, émotion, surmenage, etc.

Méningo-encéphalite syphilitique

Nous n'avons rapporté ces cas qu'à titres d'exemples, pour les comparer à ce que l'on observe dans des encéphalites d'autres natures ; car les syndromes

hallucinatoires au cours de la syphilis nerveuse sont bien connus. Dans la paralysie générale même, des exemples en ont été rapportés. Mlle S. SERIN a consacré à cette étude une thèse intéressante. Depuis, et en dehors de la paralysie générale, MM. HEUYER et ses collaborateurs insistent sur le point que ces faits apportent une confirmation à l'hypothèse du Docteur DE CLEREMBAULT, à savoir que ce qu'il appelle le syndrome d'automatisme mental est conditionné par des altérations anatomiques des centres nerveux.

Enfin, l'impaludation, en modifiant l'évolution spontanée inexorable de la méningo-encéphalite spécifique, en fixant le malade dans un état d'affaiblissement intellectuel, quelquefois peu marqué, a fourni des exemples nouveaux et très nombreux de délires paranoïdes.

Nous avons renvoyé pour cette question à l'ouvrage important de MM. LEROY et MEDAKOVITCH (1).

Disons d'ailleurs en passant que l'opinion de MM. LEROY et MEDAKOVITCH, qui tend à faire de ces délires hallucinatoires secondaires, des délires palustres, ne paraît pas applicable à tous les cas. En effet les mêmes syndromes existaient déjà avant l'impaludation (MAGNAN) surtout dans les formes à évolution spontanément lente.

De plus, d'autres méthodes pyrétothérapiques (tu*

(1) P. G. et malariathérapie. Masson, 1931.

berculine) peuvent permettre l'apparition du même syndrome (ANGLADE, *Presse médicale*), de même la chimiothérapie (GUIRAUD et SENGES).

Il est possible que ce soit plutôt à des lésions cellulaires durables que l'on doive attribuer ces syndromes hallucinatoires. Ajoutons que ces malades ne présentaient pas un tempérament paranoïaque.

Ce syndrome hallucinatoire ressemble d'habitude beaucoup au « délire de persécution », à la « psychose hallucinatoire chronique ». Les hallucinations des divers sens, les idées délirantes avec système organisé, les réactions de ces malades ne peuvent guère être distinguées d'un syndrome délirant banal. L'affaiblissement intellectuel ne nous a pas paru spécialement important. L'activité pragmatique est habituellement conservée. Une de nos malades (Obs. XI) même n'a pas été internée et suit régulièrement depuis 3 mois un traitement spécifique au dispensaire. Il faut signaler que les cas que nous publions se rapportent tous à des femmes. Ici, comme pour les cas d'encéphalite épidémique, c'est le syndrome neurologique qui indique l'existence d'une altération nerveuse connue. C'est l'examen oculaire qui nous a apporté les éléments les plus importants.

*
**

Ainsi, si nous essayons d'esquisser une synthèse de ces cas — en laissant volontairement de côté des dif-

férences de symptomatologie clinique, sur lesquelles nous avons d'abord insisté — nous voyons que quelle que soit la cause, on peut observer un tableau mental à peu près identique.

Les syndromes hallucinatoires ne sont d'ailleurs pas les seuls que l'on puisse observer comme séquelle de ces encéphalites, nous avons cependant jugé bon de leur consacrer cet essai parce qu'ils se présentent avec une fréquence toute particulière.

Nous avons cité des cas les plus divers, le syndrome hallucinatoire peut être curable et disparaître après plusieurs semaines ou quelques mois.

Il peut être durable et persister seulement sous forme d'une véritable hallucinose sans idées délirantes de persécution.

D'autres fois, c'est un délire hallucinatoire avec constructions délirantes bien systématisées (type psychose hallucinatoire chronique).

D'autres cas, qui dans notre travail sont les plus nombreux, réalisent un délire paranoïde avec un système lâche, des interprétations mal organisées, thème souvent extravagant indiquant un affaiblissement intellectuel plus ou moins profond à évolution plus ou moins rapide qui peut aboutir parfois en peu de mois à un syndrome de démence précoce à forme paranoïde.

Nous interprétons ces différences de la symptomatologie comme l'expression d'altérations cérébrales

d'intensité et peut-être de localisations différentes. Ces faits prouvent aussi qu'il n'est pas possible sur les seules apparences cliniques d'établir des distinctions valables.

Il s'agit de syndromes pouvant être réalisés par des causes tout à fait différentes, d'autre part une même maladie cérébrale peut s'exprimer par des symptômes les plus opposés.

Dans nos cas, ce fut l'anamnèse, la symptomatologie neurologique et sérologique concomitantes qui ont permis de rapporter à la maladie causale les syndromes délirants observés.

Ces faits par ailleurs nous paraissent importants à bien connaître au point de vue pratique. Car ils posent la question de la cause des délires hallucinatoires.

Il ne nous est pas possible d'aborder ici la question dans sa totalité, notre but aura été seulement de montrer que des atteintes inflammatoires du cerveau — quelque soit leur processus anatomique exact, encore inconnu pour une large part, — peuvent laisser à titre de séquelles ou comme manifestations tardives des syndromes hallucinatoires divers.

En pratique, ces faits doivent engager à rechercher systématiquement dans les antécédents de malades délirants de manifestations d'atteinte inflammatoire du cerveau. D'ailleurs il n'est pas dans notre pensée de réserver aux processus infectieux le monopole de

ces syndromes, une atteinte toxique (d'origine exogène ou endogène), un traumatisme cérébral, quel qu'en soit l'agent, peuvent certainement aussi les réaliser.

Ce travail aura été un effort vers la recherche d'une étiologie à des syndromes psychopathiques d'apparition mystérieuse. Il nous semble que des recherches ayant cette même orientation ne manqueraient pas d'aboutir à des résultats féconds.

Conclusions

Nous avons rapporté dans ce travail des observations des syndromes hallucinatoires consécutifs à des encéphalites d'origine différente :

- 1° Encéphalite épidémique ;
- 2° Encéphalite psychosique ;
- 3° Encéphalite syphilitique.

I. — Les cas en rapport avec une encéphalite épidémique chronique ont souvent des particularités qui méritent d'être rappelées :

- a) Brusquerie du début ;
- b) Absence de conviction délirante vraie ;
- c) Impulsivité et réactions agressives.

II. — Nous avons de plus insisté sur la fréquence des hallucinations visuelles.

III. — Dans certains cas, les signes cliniques divers ont paru indiquer l'existence d'une poussée évolutive de l'encéphalite.

IV. — Les débuts des troubles hallucinatoires a varié de 7 à 11 ans après l'épisode infectieux aigu initial.

V. — Les cas de syndromes hallucinatoires, consécutifs à une encéphalite psychosique aiguë, sont survenus presque sans interruption ou après un court intervalle.

VI. — L'encéphalite syphilitique évoluant spontanément sous un type chronique réalise aussi des syndromes hallucinatoires qui, dans nos cas, sont tantôt du type paranoïde, tantôt du type de délire chronique de MAGNAN.

Ces faits doivent être rapprochés des formes hallucinatoires de la paralysie générale ; délires systématisés secondaires (MAGNAN) survenant d'habitude à l'occasion d'une rémission spontanée et aussi de celles plus nombreuses qui suivent l'impaludation et les nouveaux traitements cliniques.

Dans tous les cas l'anamnèse ainsi que les examens cliniques et sérologiques affirment l'existence d'une atteinte organique du système nerveux, et permettent de la rapporter à sa cause.

Nous avons apporté ces faits en contribution à l'étude des syndromes hallucinatoires de formes variées, qui s'observent comme manifestations d'une atteinte inflammatoire du cerveau.

Dans certains cas cette atteinte est toute récente (encéphalite psychosique), dans les autres (encépha-

lites épidémiques et syphilitiques) elle remonte à plusieurs années.

Ces différences doivent tenir à l'intensité et à la localisation des altérations cérébrales variables dans les deux groupes de cas.

Notre but a été d'attirer par quelques exemples l'attention sur l'importance de la recherche systématique et par tous les moyens d'investigation, d'atteinte inflammatoire du cerveau, chez des sujets présentant un syndrome hallucinatoire dont la cause est souvent si mystérieuse pour le médecin.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la Thèse,
CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer,
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHRELETY.

Bibliographie

- Professeur ACHARD. — « L'encéphalite léthargique », 1921.
- ALAJOUANINE et GOPCEVITCH. — « Hallucinoses préhypniques; automatisme ambulatoire et verbal nocturne, délire confusionnel paroxystique chez une malade atteinte de syndrome parkinsonien et post-encéphalitique » (*Soc. de Neurologie*, 8 nov. 1928).
- ANGLADE. — « Les délires systématisés secondaires » (*Congrès de Marseille*, 1899).
- G. BALLE. — « Traité de Pathologie mentale ».
- BARUK et MEIGNANT. — « Syndromes hallucinatoires post-encéphalitique » (*Encéphale*, 1929, p. 210).
- Professeur H. CLAUDE et J. DE LAULERIE. — « Deux cas d'encéphalite épidémique survenus dans le milieu hospitalier » (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 14 janv. 1921).
- Professeur H. CLAUDE, J. TINEL et Mme MICHON. — « Crises paroxystiques, anxieuses, hallucinatoires et impulsives d'origine encéphalitique » (*Encéphale*, 1929, p. 298).

- Professeur H. CLAUDE. — « Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales » (34^e *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France*, Lille, 21-26 juin 1930).
- A. COURTOIS et TRELLES. — « Un nouveau cas de psychose hallucinatoire de nature encéphalitique » (*Encéphale*, 1929, p. 500).
- A. COURTOIS et LACAN. — « Psychose hallucinatoire encéphalitique » (*Encéphale*, 1930).
- DUPOUY et PICHARD. — « Syndrome hallucinatoire post-encéphalitique » (*Ann. Médico-Psychol.*, mai 1931).
- EUZIÈRE. — « Les séquelles mentales de l'encéphalite épidémique » (*Languedoc Méd.*, août 1920).
- « Les troubles psychiques de l'encéphalite léthargique » (*Ac. des Sc. et des Lett.*, Montpellier, mars 1921).
- FRIBOURG et BLANC. — « Les réactions antisociales au cours de l'encéphalite épidémique » (*Congrès de Médecine légale*, Paris, 1928).
- Professeur GUILLAIN, ALAJOUANINE et CELICE. — « La contagion de l'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne » (*Congrès de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruxelles, 1924).
- HEUYER et LE GUILLANT. — « Automatisme mental et syphilis » (*Encéphale*, 1929, p. 207).
- HEUYER et SIZARET. — « Automatisme mental et syphilis » (*Encéphale*, 1926, p. 132).
- KAHN. — « Un cas de psychose encéphalitique » (*Soc. de Psych.*, février 1923).
- « La psychose encéphalitique » (*Soc. de Psych.*, avril 1922).
- LHERMITTE. — « L'hallucinoze pédonculaire » (*Revue Neurologique*, mars 1931).

- LHERMITTE. — « Le sommeil » (Arm. Collin, 1931, p. 182).
- LEROY et MEDAKOVITCH. — « P. G. et malariathérapie » (Masson, 1931).
- MAGNAN. — « Leçons cliniques sur les maladies mentales », 1893.
- NAVILLE. — « Etude sur les complications et les séquelles mentales de l'encéphalite épidémique » (*Encéphale*, 1922).
- PADDAUNO. — « Syndrome Ebe phréno-catotonique » (*Thèse de Paris*, 1923).
- G. PETIT. — « Les formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique » (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 22 avril 1921).
- PICARD et MASQUIN. — « Contagiosité du parkinsonisme encéphalitique » (*Soc. Cl. de Méd. Mentale*, 1928, p. 105).
- ROTTENBERG. — « Contribution à l'étude des syndromes démentiels de l'encéphalite épidémique » (*Thèse de Paris*, 1932).
- RÉGIS. — « Précis de Psychiatrie ».
- SERIN. — « Contribution à l'étude des formes paranoïdes de la paralysie générale » (*Thèse de Paris*, 1926).
- P. SCHIFF et A. COURTOIS. — « Encéphalite épidémique chronique à forme de délire hallucinatoire fantastique » (*Encéphale*, 1928, p. 467).
- « Un nouveau cas d'hallucinosse fantastique de nature encéphalitique » (*Encéphale*, 1928, p. 538).
- H. STECK. — « Contribution à l'étude de séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique (formes délirantes et hallucinatoires) » (*Arch. Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, vol. XXI, fasc. 2, 1927).

SICARD et PARAF. — « Parkinsonisme post-encéphalitique. Présence de virus dans les noyaux gris centraux quatre ans après le début de la maladie » (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 12 oct. 1913).

TOULOUSE, COURTOIS et DUFFET. — « Séquelles mentales des encéphalites psychosiques aiguës » (*Ann. Méd. Psychol.*, janvier 1932).

TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS. — « Encéphalite psychosique aiguë azotémique » (*Presse Médicale*, 12 avril 1930).

— « Encéphalite psychosique secondaire » (*Presse Médicale*, 1^{er} avril 1931).

TRUELLE et PETIT. — « Troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique » (*Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue franç.*, 26^e session, Quimper, août 1922).

VERMEYLEN et VERVAECK. — « Les formes « psychiques » de la paralysie générale » (*Encéphale*, 1930).

VIDAL, MAY et CHEVALLEY. — « Encéphalite léthargique, avec syndrome mental simulant la démence précoce » (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, Paris, 25 juin 1920).

589